



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM
4º ANO

Eramilde Santos Lima, nº 2421

**A Enfermagem Perioperatória: Abordagem Pré e Pós-Operatória ao
Utente Intervencionado em Cirurgia Ambulatória**

Mindelo, Julho de 2014

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem”.

Eramilde Santos Lima, nº 2421

**A Enfermagem Perioperatória: Abordagem Pré e Pós-Operatória ao
Utente Intervencionado em Cirurgia Ambulatória**

Orientadora: Enfermeira Suely Reis

Mindelo, Julho de 2014

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente à Deus pela oportunidade cedida, e depois para a minha mãe e a minha avó que sempre acreditaram em mim e estiveram do meu lado me apoiando.

Agradecimentos

Mais do que um mero trabalho acadêmico e individual, este trabalho é o resultado da colaboração e confiança de várias pessoas que sempre me apoiaram incondicionalmente e que depositaram toda a sua confiança em mim. Por essa razão expresso os meus sinceros e profundo agradecimentos.

Agradeço aos meus familiares, especialmente as minhas primas Lenisia da Cruz e Joceline Rocha, e o meu tio Marcelino Rodrigues pelos conselhos que me deram e que fizeram parte do meu percurso ao longo destes quatro anos.

De igual modo agradeço as professoras Joanna Mertens e Cristina Baixinho da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e a minha orientadora clínica do estágio profissional na Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Curry Cabral em Lisboa, a enfermeira Nilza Lima, pelas sugestões e o suporte que me deram durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço muito a minha orientadora, a enfermeira Suely Reis, pela inteligência e tempo disponibilizado, e pelo enorme incentivo que me deu.

Um muito obrigada também a todos os enfermeiros da Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Curry Cabral em Lisboa pelo acolhimento formidável, pelos conselhos e o apoio que me deram no decorrer do meu estágio profissional.

Muito obrigada a todos. Sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

Resumo

Este trabalho enquadra-se no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo tendo como tema "**A Enfermagem Perioperatória: Abordagem Pré e Pós-Operatória ao Utente Intervencionado em Cirurgia Ambulatória**", suscitando a importância da prestação de cuidados perioperatórios de qualidade baseada na personalização e individualização das intervenções de enfermagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória, de acordo com as suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais.

Com o desenvolvimento e a expansão que se assiste actualmente na cirurgia ambulatória torna-se um desafio e uma oportunidade para a enfermagem perioperatória desenvolver e implementar intervenções de enfermagem de qualidade que satisfaçam e que dê resposta às crescentes necessidades tanto do utente, bem como da pessoa significativa do utente no contexto das cirurgias ambulatórias.

Trata-se de um trabalho desenvolvido através do método de Revisão da Literatura Alargada em fontes bibliográficas pertinente relacionadas com o tema em estudo publicadas no limite temporal do ano 2006 a 2014, com o objectivo de identificar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos, e para melhor organizar e compreender as intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória, adoptou-se como modelo teórico as Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson.

A revisão da literatura alude como o desenvolvimento da cirurgia ambulatória tem vindo a ser impulsionado pelos recentes avanços e descobertas de novos agentes anestésicos e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, exigindo da enfermagem perioperatória a capacidade de adaptação de forma a dar resposta e implementar intervenções de acordo com as necessidades do utente e da intervenção cirúrgica, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória, cirurgia ambulatória, utente intervencionado em cirurgia ambulatória, intervenções de enfermagem perioperatória.

Abstract

This work fits in the Nursing Academic Degree, in *Mindelo* University having as theme **“The Perioperative Nursing: Pre and Post Operating Approach to the User Intervened in Ambulatory Surgery”**, raising the importance of providing perioperative care based in the personalization and individualization of the users nursing cares intervened in the ambulatory surgery, according to their physical, psychological, emotional and social necessities.

With the development and expansion that assist nowadays in ambulatory surgery it becomes a challenge and an opportunity for the perioperative nursing develop and implement nursing quality interventions which satisfy and answer of the raising needs to the user as well as to user’s family in the context of the ambulatory surgery.

It is a work developed through Literature Review method extended in pertinent bibliographic sources related to the topic published from 2006 to 2014, with the objective of identifying the perioperative nursing interventions in the pre and post operatory period of the user intervened in ambulatory surgery.

The work is structured in four chapters, and for better organization and understanding the nursing interventions in the pre and post operatory period to the user intervened with ambulatory surgery, it was adopted as a theoretical model Virginia Henderson Fundamental Human Needs.

The literature review mentions how the development of the ambulatory surgery has been stimulated for the recent advances and discoveries of the new anesthetic agents and the development of surgical techniques minimally invasive demanding the perioperative nursing the capacity of adapting in a way of giving answers and implement interventions according to the user’s needs and the ambulatory surgery intervention, ensuring the continuing of the cares after discharge.

Key-words: perioperative nursing, ambulatory surgery, user intervened in ambulatory surgery, perioperative nursing interventions.

Lista de Siglas

ADSNA - Australian Day Surgery Nurses Association

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – American Association of Operative Room Nurses

ASA - American Society of Anesthesiology

CCIH – Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar

CNDCA – Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

EC-PPEC - Ensino Clínico do Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica

EUA – Estados Unidos da América

HBS – Hospital Dr. Baptista de Sousa

IAAS – International Association for Ambulatory Surgery

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Índice

Introdução.....	7
CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	10
Problemática e Justificativa do estudo.....	11
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	13
Fundamentação Metodológica.....	14
CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
A Enfermagem Perioperatória	18
A filosofia da prestação de cuidados em enfermagem perioperatória	20
A ética em enfermagem perioperatória	21
A cirurgia ambulatória	25
História e conceito.....	25
O utente em cirurgia ambulatória.....	27
A família / pessoa significativa do utente intervencionado em cirurgia ambulatória ..	31
As vantagens da cirurgia ambulatória	33
Os critérios de selecção e admissão do utente para a cirurgia ambulatória	34
As técnicas anestésicas em cirurgia ambulatória	38
As intervenções cirúrgicas mais frequentes realizadas em cirurgia ambulatória.....	42
O planeamento de uma unidade de cirurgia ambulatória.....	43
Desafios e tendências futuras da cirurgia ambulatória.....	46
As intervenções de enfermagem perioperatória no pré e pós-operatório de cirurgia ambulatória	48
O cuidado em enfermagem perioperatória	48
As Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson – Modelo teórico .	49
As intervenções de enfermagem perioperatória no período pré-operatório de cirurgia ambulatória.....	51
As intervenções de enfermagem perioperatória no período pós-operatório de cirurgia ambulatória.....	65
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
Reflexões Finais.....	85
Referências Bibliográficas	89
Anexo.....	96
Anexo 1	97

Introdução

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Seminários Avançados e Investigação Científica do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo. Trata-se de um trabalho monográfico objectivando o início da aprendizagem e domínio da investigação científica no campo da saúde. Para a sua elaboração foi utilizada o método científico de Revisão da Literatura Alargada, de cariz qualitativa, acerca do tema em estudo perspectivando a aquisição e aprofundamento de conhecimentos acerca do mesmo.

O tema do trabalho é **“A Enfermagem Perioperatória: Abordagem Pré e Pós-Operatória ao Utente Intervencionado em Cirurgia Ambulatória”**, pelo facto da enfermagem perioperatória ser uma área de grande interesse pessoal, e uma vez que a cirurgia ambulatória é considerada hoje com um modelo revolucionário na prestação dos cuidados perioperatórios, em que a enfermagem perioperatória desempenha um papel importante na personalização e individualização dos cuidados prestados ao utente de cirurgia ambulatória.

Com o desenvolvimento da cirurgia ambulatória, tornou-se uma necessidade o enfermeiro ter a capacidade de adaptação e procurar adquirir conhecimentos sobre os novos modelos de prestação de cuidados perioperatórios centrados no utente.

Um outro aspecto importante que incentivou para a escolha e o estudo do tema foi a sugestão da actual Enfermeira Chefe do centro cirúrgico I do Hospital Dr. Baptista de Sousa(HBS), a Enfermeira Lígia Araújo, para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que são realizadas algumas cirurgias em regime de ambulatório neste centro cirúrgico e pela preocupação de não possuir uma metodologia de trabalho centrado no utente de cirurgia ambulatória

A pertinência da elaboração deste trabalho prende-se com a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área de enfermagem perioperatória, sendo hoje considerada uma área de especialização em enfermagem. Para além dos conhecimentos adquiridos com este trabalho, também oferece a oportunidade de desenvolver e aprimorar competências técnicas, pessoais e profissionais no âmbito do futuro desempenho profissional da enfermagem, mas concretamente a enfermagem perioperatória.

Este trabalho pode, igualmente, servir como um instrumento para a compreensão da importância das intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória de forma a mudar a prática procurando assegurar a qualidade das intervenções e a satisfação do utente.

Não obstante o enorme interesse pelo desenvolvimento deste tema, consciencializa-se das dificuldades que, de certa forma, são inevitáveis no desenvolvimento de um trabalho científico, mas que são ultrapassadas com a determinação e a certeza daquilo que se pretende fazer.

Este trabalho tem como objecto de estudo as intervenções de enfermagem perioperatória na abordagem pré e pós-operatória ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

O objectivo geral preconizado para a elaboração deste trabalho, centra-se em:

- Identificar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

Os objectivos específicos centram-se em:

- Compreender as vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatória;
- Identificar as cirurgias mais frequentes realizadas em cirurgia ambulatória;
- Descrever a consulta de enfermagem como um requisito essencial na preparação do utente para ser intervencionado em cirurgia ambulatória;
- Descrever a admissão e as intervenções de enfermagem perioperatórias no período pré-operatório do utente para ser intervencionado em cirurgia ambulatória;
- Identificar as intervenções de Enfermagem perioperatória na recuperação pós-anestésica e readaptação ao ambiente pós-operatório do utente intervencionado em cirurgia ambulatória;
- Descrever a preparação para a alta e as intervenções após a alta do utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

O método científico utilizado no desenvolvimento deste trabalho é a Revisão da Literatura alargada atendendo a metodologia qualitativa, que será apresentada e desenvolvida mais à frente no enquadramento metodológico, no capítulo II deste trabalho.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos em que no primeiro capítulo define-se a problemática e a justificativa da escolha do tema. No segundo capítulo encontra-se o enquadramento metodológico definindo o método científico utilizado e a metodologia, a sua importância, a delimitação do limite temporal, os passos críticos da elaboração deste trabalho, as fontes de pesquisa consultada e a forma como está organizada as intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios à luz de um modelo teórico de enfermagem.

No terceiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico do tema, com aspectos pertinentes relativamente à enfermagem perioperatória e a cirurgia ambulatoria. Este capítulo também emana as intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatoria, mormente as intervenções na consulta de enfermagem e na admissão do utente na unidade de cirurgia ambulatoria, na recuperação pós-anestésica, na readaptação do utente ao ambiente pós-operatório e no seguimento (*Follow up*) pós-operatório após alta.

No quarto e último capítulo, apresenta-se as considerações finais do trabalho articulando os principais pontos desenvolvidos no trabalho, as propostas de actuação, as referências bibliográficas e o anexo.

CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Problemática e Justificativa do estudo

De acordo com Flório e Galvão (2005) cit. *in* Marques (2011: 10) actualmente um dos maiores problemas em saúde relaciona-se com a crise económica mundial, levando os serviços de saúde a se confrontarem com a falta de recursos e de tempo para dar resposta às múltiplas e crescentes necessidades que vão surgindo com os recentes paradigmas e modelos de prestação de cuidados de saúde.

Conforme o supracitado, a crise mundial é um factor que afecta todos os sectores do desenvolvimento, e sendo a saúde um dos mais importantes sectores e um indicador de desenvolvimento de um país, certamente não deixaria de sentir o impacto dessa crise. Isso requer das ciências da saúde, nomeadamente a enfermagem, uma maior necessidade de adaptação as novas condições e exigências, principalmente no desafio da prestação de cuidados de saúde de excelência, bem como também num melhor gerenciamento dos recursos disponíveis.

Relegando a problemática da crise no sector da saúde para o segundo plano, a problemática que serve de base para a elaboração do trabalho, resulta da necessidade e a importância do enfermeiro acompanhar as novas e actuais tendências em saúde, de forma a actualizar-se e dar resposta a estas tendências, perspectivando o desenvolvimento da profissão. Defendida por Marques (2011: 10), “sendo a enfermagem uma profissão em mudanças, são exigidas adaptações sucessivas dos conhecimentos e das competências (...) na procura de novos conhecimentos e na sua afirmação como profissão”.

Com os avanços na saúde vão surgindo novos modelos e tendências na prestação de cuidados de saúde, concomitantemente exigindo das áreas envolvidas uma maior necessidade de adaptação e desenvolvimento de novas concepções e competências de forma a dar a resposta necessária.

Assim, Leal (2006: 67) afirma que, “a enfermagem perioperatória, com a expansão recente da cirurgia ambulatoria é disso um bom exemplo”. Reforçando esta ideia, conforme é fundamentado por Marques (2011: 09) “a busca de uma nova identidade por parte da enfermagem, assumindo uma nova forma de estar como ciência / profissão, torna necessário adequar a formação dos profissionais às novas exigências”.

O conceito de cirurgia ambulatória é um conceito do passado que está tornando uma exigência futura e que “revolucionou a oferta de cuidados anestésico-cirúrgicos, tornando-se num parâmetro para os modelos de oferta de cuidados perioperatórios centrados no utente” (McEwen, 2008: 1047).

Neste âmbito, salienta Malster e Parry (2003: 297) que “nos últimos anos, tem-se assistido a uma grande expansão da cirurgia ambulatória”, factor pela qual a redução brusca do tempo de internamento hospitalar relacionada, sobretudo, com os aspectos económicos e avanços científicos e anestésicos, leva à uma “necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, competentes, individualizados e tranquilizadores no período que antecede e sucede a alta do utente intervencionado em cirurgia ambulatória” (Marques, 2011: 06).

Isto faz com que o enfermeiro seja “o profissional de saúde de referência para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no sentido de proporcionar o bem-estar, maior satisfação e melhoria contínua da qualidade de vida destes utentes” (*ibid*: 10).

Em concordância e conformidade, segundo o que é argumentado por McEwen (2008: 1047) “a mudança para a cirurgia ambulatória deu a enfermagem uma oportunidade de mudar a sua prática tradicional (...), fornecendo algumas oportunidades para que a enfermagem perioperatória crescesse e desenvolvesse em novos papéis”.

Por tudo isto, considera-se relevante o estudo do tema pela possibilidade de fomentar os conhecimentos acerca da mesma, e proporcionar uma ferramenta para os profissionais de enfermagem melhorarem a sua eficácia na prestação dos cuidados perioperatórios ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

Estes aspectos e a preocupação relativa às intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia ambulatória, constituíram o ponto de partida do presente estudo, que tem como principal objectivo identificar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Fundamentação Metodológica

O presente trabalho monográfico foi desenvolvido com base no método de Revisão da Literatura Alargada, enquadrada na metodologia de investigação qualitativa.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013: 155) “o tema monografia designa um tipo especial de trabalho científico (...) que se caracteriza mais pela unicidade e delimitação do tema e pela profundidade do tratamento do que por sua eventual extensão, generalidade ou seu valor didáctico”.

Por essa razão, a elaboração desse trabalho deu-se em duas fases. Primeiramente, na fase inicial, foi elaborado o projecto de trabalho monográfico delimitando e fundamentando a escolha do tema, foi definida a problemática e a justificativa da mesma, bem como os objectivos geral e específicos do trabalho. Houve, ainda nesta fase, a definição das palavras-chave cujas mesmas são: **enfermagem perioperatória, cirurgia ambulatoria, utente intervencionado em cirurgia ambulatoria, intervenções de enfermagem perioperatória.**

Relativamente a pergunta de partida, Fortin (1999: 51) define-a como “uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”. Assim adopta-se como pergunta de partida a seguinte: Quais as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatória na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatoria?.

Por fim, para finalizar esta monografia, realizou-se uma revisão da literatura alargada sobre as intervenções de enfermagem perioperatória ao utente intervencionado em cirurgia ambulatoria, mormente as intervenções levadas a cabo nos períodos pré e pós-operatório. Atendendo ao objectivo geral deste trabalho, esta revisão da literatura alargada emana essencialmente sobre as intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia ambulatoria.

De acordo com Fortin (2009: 53), “a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que se determina a maneira de proceder para obter as respostas a pergunta de investigação (...)”.

A escolha da metodologia qualitativa deu-se devido a sua enorme importância para o trabalho investigativo em enfermagem. Para reforçar esta ideia, Streubert e Carpenter (2002: 05) argumentam que “o conhecimento (...) em enfermagem faculta o enquadramento para a exploração de metodologias de investigação qualitativa.”.

Sobre o método científico a utilizar, Prodanov e Freitas (2013: 24) fundamentam que “partindo da concepção de que método é um procedimento ou caminho para alcançar determinado fim e que a finalidade da ciência é a busca do conhecimento, podemos dizer que o método científico é um conjunto de procedimentos adoptados com o propósito de atingir o conhecimento”.

Neste sentido, dada a importância da Revisão da Literatura Alargada no desenvolvimento deste trabalho, Fortin (1999: 74) define-a como:

Um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio do fenómeno a estudar. No decurso desta revisão, aprecia-se, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem (...) a matéria essencial à conceptualização do trabalho.

Este método é vital no processo de pesquisa, e pressupõe a localização, análise, síntese e interpretação da informação relacionada com a área de estudo. É, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema em estudo (Bento, 2012: 42). Uma revisão da literatura mostra portanto, “um conjunto de trabalhos sobre um mesmo tema, no qual ressaltam os elementos comuns e os divergentes” (Fortin: 1999: 74).

A Revisão da Literatura Alargada “é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado actual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da pesquisa para o desenvolvimento dos conhecimentos” (Bento, 2012: 42).

Toda a revisão da literatura tem “na sua realização e concepção, limites que são estabelecidos, quanto a sua amplitude, profundidade e extensão” (Fortin, 1999: 75-76). Neste sentido sugerem que no estabelecimento dos limites da Revisão da Literatura seja considerada alguns elementos, nomeadamente os tipos de informações necessárias e as fontes bibliográficas (*Ibidem*), e também “deve sempre ser selectivo e incluir só a informação mais relevante” (Bento, 2012, 43).

Assim sendo, devido a escassez de fontes bibliográficas pertinente publicadas sobre o tema em estudo pelo facto da cirurgia ambulatória ser uma área ainda em estudo, e em crescimento e desenvolvimento, inicialmente o intervalo entre as fontes consultadas era de 5 anos, mas pelos motivos supracitados houve a necessidade de alargar esse intervalo para 8 anos.

Portanto, as fontes consultadas correspondem a trabalhos publicados no intervalo de tempo (limite temporal) entre o ano de 2006 à 2014. Quanto ao intervalo de tempo de realização e concepção desta monografia, compreende desde Janeiro á Julho de 2014.

Como afirma Bento (2012: 43) “é costume dizer que se pode parar a pesquisa quando se atingiu o ponto de saturação, isto é, quando já não se encontram ideias nem resultados novos, pois isso significará que já se domina bem o assunto em estudo”. Assim, esta revisão da literatura será dada por terminada quando que não se encontrar mais informação pertinente ao tema em estudo, incluído nas fontes onde se deu toda a busca da informação.

Os passos críticos para a concepção desta revisão da literatura foram a identificação das palavras-chave, a revisão das fontes primárias e secundárias na busca de toda a informação, e a leitura e resumo da presente revisão da literatura.

As fontes de informação respeitante ao tema correspondem a livros que foram recolhidos, inicialmente, na biblioteca da Universidade do Mindelo. Posteriormente prosseguiu em capítulos de livros, livros publicados por associações internacionais para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória, dissertações de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e artigos científicos publicados em revistas científicas, em língua portuguesa, inglesa e espanhola na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Houve também a necessidade de recorrer a artigos de revistas com arbitragem científica em publicações nos motores de busca *on-line*, nomeadamente no SCIELO Brasil, RCAAP e EBSCO, visto que segundo Fortin (2009: 90), “as fontes de informações estão registadas sobre diversos suportes, entre eles o suporte de papel, suporte electrónico ou suporte virtual.”

As palavras-chave utilizadas para a pesquisa nestes motores de busca foram: cirurgia ambulatória (*ambulatory surgery*), cuidados de enfermagem perioperatória (*perioperative nursing cares*), e utente de cirurgia ambulatória (*user of ambulatory surgery*).

Para facilitar a organização e leitura, e simultaneamente enquadrar as intervenções à luz de um modelo teórico de enfermagem no final de cada período pré e pós-operatório apresenta-se um quadro síntese das intervenções de enfermagem perioperatória. O modelo teórico utilizado foi as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) segundo Virginia Henderson. Não houve a necessidade de definir cada NHF por si, pelo que só estão enumeradas essas necessidades.

CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem Perioperatória

Actualmente, o termo enfermagem perioperatória conhecida antigamente como a enfermagem de sala de operações e que restringia-se apenas aos limites geográficos dos centros cirúrgicos, é utilizada em contexto de enfermagem e médicos. Rothrock (2008: 01) refere que “o termo enfermagem de sala de operações pode ter contribuído para imagens estereotipadas de um enfermeiro de sala de operações que actuava (...) com pequena interface ou responsabilidade de enfermagem com os utentes medicados e anestesiados no centro cirúrgico”.

Contudo, hoje vê-se expandida o seu campo de intervenção pressupondo todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas em centros de cirurgia convencional, unidades de cirurgia ambulatoria, unidades cirúrgicas móveis, serviços de endoscopia, departamentos de radiologia invasiva, entre outros.

A história da enfermagem está intrinsecamente ligada a história da medicina. Muito antes de a enfermagem ser considerada uma actividade e mesmo uma profissão, já os médicos delegavam procedimentos mais simples em pessoas, geralmente do sexo feminino, que os ajudavam na arte de tratar. Concomitantemente em relação à cirurgia foi, sentida a necessidade de recorrer a alguém, não médico, para colaborar com os cirurgiões, sobretudo no tratamento e preparação dos materiais necessários à cirurgia (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas - AESOP, 2006: 04-05).

A enfermagem perioperatória é uma área extensa e ilimitada, e exige pessoal com boas capacidades intelectuais e faculdades físicas, bem treinado e competente, capaz de desempenharas suas funções em prol da saúde do utente e o bem-estar da equipa toda. Assim sendo, Rothrock (2008: 01) salienta que:

Provavelmente, nenhuma outra área da enfermagem exige a larga base de conhecimentos, a memória instantânea da ciência cirúrgica, a necessidade de ser guiada intuitivamente pela experiência da enfermagem, a diversidade de pensamento e acção, as resistências física e mental e a flexibilidade necessária nas tarefas de enfermagem perioperatória.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006: 05), por sua vez, enfatiza que:

Desde 1889, nos Estados Unidos da América (EUA), a enfermagem perioperatória é considerada a primeira área de especialização em enfermagem. (...), e em 1910 apareceram escritas as funções dos enfermeiros perioperatórios, bem como as disciplinas que devem fazer parte da sua formação.

Seguindo este curso de desenvolvimento da enfermagem perioperatória e perspectivando ainda mais o seu crescimento, era necessário a criação de associações e organizações internacionais que impulsionassem tal crescimento. Neste sentido, a AESOP (2006: 05) frisa que:

Em 1949, nos EUA, as enfermeiras chefes dos blocos operatórios, preocupadas com a prestação de cuidados ao utente, e conscientes de que estes necessitam de cuidados físicos e emocionais que só os enfermeiros têm competência para realizar, reuniram-se com o objectivo de salvaguardar a prestação de cuidados ao utente cirúrgico e afirmarem as suas competências nessa área, fundando a *American Association of Operating Room Nurses- AORN* (AESOP, 2006: 05).

Por sua vez, “a AORN em 1965 edita os primeiros estandartes de cuidados que foram oficialmente aprovados (...) e em 1978 enuncia pela primeira vez o conceito de enfermagem perioperatória” (*ibid.*: 06).

Assim, a AESOP (2006: 06) realça que a AORN enunciou que “a função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós da experiência cirúrgica do utente”.

O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções, baseando nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia (AESOP, 2006: 06).

Também, “em Portugal, no ano de 1986, é fundada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) defendendo que o trabalho dos enfermeiros tem que ser orientado pelo e para o utente, sendo ele o principal alvo dos seus cuidados” (AESOP, 2006: 06).

Nesta mesma linha de pensamento, Rothrock (2008: 01) acrescenta que “(...) a enfermagem perioperatória significa a aplicação de cuidados ao utente nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica e outros procedimentos invasivos com a utilização da estrutura do processo de enfermagem”.

Nesta estrutura, a enfermeira perioperatória avalia o utente fazendo o levantamento, organização e priorização dos dados; estabelece diagnósticos de enfermagem; identifica resultados desejados pelos utentes; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem; e avalia esse cuidado em termos dos resultados obtidos pelo utente, (...) actuando de modo independente e interdependente (Rothrock, 2008: 01).

A filosofia da prestação de cuidados em enfermagem perioperatória

Segundo fundamenta a AESOP (2006: 07):

O avanço científico e tecnológico da anestesia e da cirurgia, bem como a especificidade do utente cirúrgico com inúmeras patologias associadas, exige ao enfermeiro perioperatório uma actualização teórica e prática contínua (...), bem como uma prestação de cuidados altamente especializada, integrado numa equipa de saúde multidisciplinar.

Sendo a enfermagem perioperatória uma área vasta e que também desenvolve acções nos centros cirúrgicos, Pereira (2010: 65) afirma que:

O centro cirúrgico é local de reunião de saberes, numa dinâmica de equipa multidisciplinar, onde (...) são perceptíveis múltiplas acções interdependentes e comportamentos de apoio frequente que no seu conjunto, fazem dos vários profissionais do centro cirúrgico uma verdadeira equipa. O trabalho de equipa eficaz requer vontade por parte dos membros, para colaborar no sentido de um objectivo comum, como é o caso do tratamento seguro, do utente cirúrgico, criando um ambiente ideal e livre de erros.

Neste contexto, a AESOP (2006: 07) argumenta ainda que “muitas são as razões que poderemos apontar que a enfermagem perioperatória contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente/família, e um ambiente de trabalho em equipa, que se pretende mais harmonioso”. A enfermagem perioperatória “é responsável pelos cuidados individualizados que presta em unidades onde se encontra utentes submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder às exigências de cada utente (...)”(*Ibidem*).

Portanto, “é um modelo que possui uma filosofia de prestação de cuidados centrada no utente cirúrgico, sendo que este modelo, como um todo, ilustra a natureza da dinâmica da experiência cirúrgica e a presença da enfermagem durante todo esse processo” (Rothrock, 2008: 02).

A prática dos enfermeiros perioperatórios é, muitas vezes, vista como um conjunto de técnicas e de realização de prescrições médicas, por vezes considerada substituível por pessoal técnico somente preparado para dar este tipo de resposta. Obviamente que a prestação dos enfermeiros perioperatórios contraria, na essência, este tipo de filosofia, uma vez que, ao centralizarem a sua actuação no utente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionalizam os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do utente/família e a equipa de saúde (AESOP, 2006: 07).

Defendida por Bento (1997) cit. in Marques (2011: 21), actualmente os cuidados de enfermagem conceptualizam-se enquanto forma de:

Assistência prestada à pessoa considerada no seu todo em interacção permanente com o meio, qualquer que seja o contexto em que se encontra e tendo em conta a sua história de vida, na satisfação das suas necessidades, de forma a promover a sua saúde, a harmonia do todo, prevenir a doença e promover a recuperação, favorecendo a independência, a adaptação e o desenvolvimento ao longo da vida.

A ética em enfermagem perioperatória

De acordo com Brykczynska (2003: 71), “no mundo actual, caracterizado por avanços médicos e tecnológicos muito rápidos, parece inevitável que abundem as questões éticas”. O facto dos recursos existentes serem insuficientes para as necessidades actuais das intervenções cirúrgicas, enquanto outras advêm de preocupações éticas mais profundas, tais como tentar perceber a real natureza e propósito das intervenções médicas, cirúrgicas e de enfermagem explica algumas destas questões éticas (*Ibidem*).

Nos cuidados de saúde, e mais especificamente nos cuidados de enfermagem, a discussão ética é óbvia, desde logo, porque são cuidados que se desenvolvem num contexto inter-relacional, onde a privacidade, a informação, a livre decisão, o dano, a morte e a vida são uma constante (Parente, Queirós, Filipe e Gomes, 1998:06).

Segundo Brykczynska (2003: 76), “à margem das teorias éticas e filosóficas, existem princípios éticos que influenciam os nossos valores e condutas morais”. Assim sendo, Brykczynska, (2003: 76) acrescenta que Beauchamp e Childress, autores do tratado mais conhecido de *Princípios de Ética e Biomédica* (1994), citam quatro princípios éticos fundamentais e universalmente aceites:

- Princípio de autonomia- este princípio é extremamente importante para quem trabalha na prestação de cuidados de saúde e para os enfermeiros perioperatórios, uma vez que ninguém tem o direito legal de impor a sua vontade (por muito bem intencionado que seja) à outra pessoa, e, por outro lado, todos os utentes têm o direito de determinar as suas próprias acções e o que é feito à eles e por eles. Qualquer intervenção cirúrgica ou acto de enfermagem só é possível porque o utente consentiu essa intervenção. Este princípio está subjacente às preocupações com o Consentimento Informado para as intervenções médicas e de enfermagem.

É este princípio que sustenta a perspectiva ética das intervenções cirúrgicas e que justifica muito o destaque que actualmente se dá aos direitos dos utentes, reflectido na Carta do Doente (1991). Os utentes têm o direito de serem respeitados como seres autónomos e capazes de tomar decisões por si próprios.

Neste sentido, como afirmado por Serrão e Nunes (2001: 13), “já o filósofo Immanuel Kant acreditava que um ser racional age autonomamente de acordo com a sua perspectiva do bem individual e do bem comum”.

- Princípio de não-maleficência- efectivamente, este princípio é tão importante no contexto da saúde que constitui o primeiro ponto do ancestral Juramento de Hipócrates. Seja o que for que façam os profissionais de saúde, não devem fazer mal ou contribuir para que o mal aflija os utentes. Este princípio abrange directrizes como a de ser competente na execução das actividades que se tem em mãos (...) e de proporcionar um ambiente de trabalho seguro, de maneira a que não aconteça, nem seja provável que aconteça, nada de mal aos utentes ou aos profissionais, assegurando as unidades cirúrgicas (...). Portanto, refere não só a aquilo que os enfermeiros perioperatórios fazem directamente aos utentes, mas também a globalidade do ambiente de saúde que eles proporcionam aos utentes e ao imperativo de evitar deliberadamente o mal e as situações que potencialmente o podem implicar.
- Princípio de beneficência- este princípio, por sua vez, salienta que os enfermeiros perioperatórios, como todos os outros profissionais de saúde, estão obrigados a fazer o bem aos utentes. É, em teoria, um princípio controverso. Embora a primeira vista possa parecer que fazer o bem e levar a cabo actos benéficos só pode ser positivo, é em redor deste princípio ético que se agregam grande parte dos conflitos éticos, visto que não é de modo nenhum evidente ou claro que o que constitui o bem para uma das partes envolvidas seja também o bem para outra das partes. Entretanto, este princípio sustenta que se a primeira intenção de um dado acto é promover o bem, então o mal que se faz, caso ocorra, é justificado.
- Princípio de justiça- é um dos princípios mais fundamentais a governar o nosso pensamento no que diz respeito à equidade, à igualdade e à imparcialidade.

Ao falar de ética nos cuidados de saúde, principalmente no contexto de enfermagem perioperatória, é essencial falar do Consentimento Informado por ser basilar na prestação dos cuidados perioperatórios ao utente durante toda a sua experiência cirúrgica.

O enfermeiro deve aceitar que o utente tem o direito a ser informado sobre tudo o que se vai realizar na sua pessoa (tratamentos, cuidados, exames para diagnóstico, etc.) para que possa tomar as decisões que considerar mais oportunas, segundo as suas crenças e os seus valores. Nesta medida o enfermeiro perioperatório dentro da equipa deve estar preparado para satisfazer esta necessidade e tomar as atitudes e procedimentos mais convenientes para que a sua informação seja a mais assertiva possível. A doutrina do Consentimento Informado é, por si mesmo, um dever moral à dignidade humana, e deve assentar no princípio de que cada ser humano tem o direito a decidir sobre si e a sua situação (Parente et al., 1998: 43).

Deste modo, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2007: 07), o consentimento informado é “a autorização que o utente dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e o mesmo ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”.

Neste sentido, a Direcção Geral da Saúde de Portugal (2013: 07), ressalta que:

O consentimento Informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade do utente em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Implica a integração do utente no processo de decisão quanto aos actos / intervenções de saúde que lhe dizem respeito (...). Mais do que a formalidade tendente à obtenção de uma assinatura, na forma escrita, deve constituir um momento de comunicação efectiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias à decisão que vier a assumir, (...) assumindo que os princípios basilares da beneficência, em que a proposta do acto surge a bem do utente, e da não-maleficência, que implica que a ponderação dos riscos e dos benefícios, estão salvaguardados.

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2007: 02) ainda argumenta que:

A protecção do utente é fundamentadora do compromisso assumido pelos profissionais de saúde, no geral, e dos Enfermeiros em particular - assim se entende o princípio enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro de que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Relativamente a prestação de cuidados perioperatórios em crianças, é de considerar que a criança não é um adulto autónomo capaz de decidir por si próprio e de tomar decisões importantes. Assim, Serrão e Nunes (2001: 49) fundamentam que:

Devido a sua imaturidade orgânica, sensorial, social e cultural, cujo desenvolvimento é muito lento, as crianças não têm capacidade para poderem escolher em função do seu próprio bem, em função do seu futuro, elas são incompetentes para o uso da liberdade, portanto para ensaiar a sua própria autonomia. Esta prerrogativa do ser humano tem, pois, no decurso do seu tempo de criança, de ser transferida para os adultos com capacidade para as substituírem – os pais ou os seus representantes legais.

Não obstante, “tratando-se do mesmo ser humano, embora em estádios diferentes do seu desenvolvimento, a ética que a ele diz respeito será obviamente a mesma nos seus fundamentos, na sua axiologia e nos seus princípios” (Serrão e Nunes, 2001: 49). Na relação do enfermeiro com o utente, neste caso a criança, “tratando-se de dois seres humanos frente a frente, esta relação deverá possuir necessariamente a marca do ser humano, a que lhe outorga verdadeira singularidade, (...) igualmente moldado por um imenso respeito pela dignidade do utente” (*ibid.*: 50).

A cirurgia ambulatoria

História e conceito

Para entender melhor o conceito de cirurgia ambulatoria como um modelo revolucionário da oferta de cuidados anestésico-cirúrgicos, torna-se pertinente conhecer a sua história. Assim Burden (2000: 04) salienta que “referências documentadas da cirurgia ambulatoria, podem ser encontradas nas antigas civilizações babilônica, egípcia e indiana oriental”.

Na mesma linha de pensamento, McEwen (2008: 1047) enfatiza que:

A cirurgia ambulatoria está entrelaçada com a história da medicina e da enfermagem e é referida na Bíblia e na literatura indiana e hindu antiga. Embora tenha ocorrido um enorme crescimento na cirurgia ambulatoria desde o início da década de 1980, escritas de pergaminhos egípcios faziam referência ao conceito já no ano 3.000 a.C.

Assim, acrescenta Lima (2007) cit. in Marques (2011: 15) que a recuperação pós-operatória do utente no seu domicílio, cuidada por familiares, segundo orientações médicas e de enfermagem, precede a história dos hospitais. Contudo, é somente “na segunda metade do século XX (anos 70/80) que a cirurgia ambulatoria é redescoberta e começa a ser utilizada com uma incidência crescente nos países mais desenvolvidos, passando a ser vista como uma especialidade cirúrgica reconhecida”(Malster e Parry, 2003: 297).

Conforme afirma a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS, 2006: 13), e a autora McEwen (2008: 1047) “uma explosão de tecnologia, com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e novos agentes anestésicos tem permitido um crescimento mundial impressionante em cirurgia ambulatoria”.

Desta forma, Lemos (1999: 05), argumenta que:

Desde os anos 80 que a cirurgia ambulatoria é a área de crescimento mais rápido dos cuidados anestésico-cirúrgicos. Esta tendência deve-se essencialmente a três factores: primeiro, a medicina tem evoluído no sentido de diminuir a estadia hospitalar do utente internado, segundo, tem havido avanços tecnológicos significativos quer a nível da cirurgia quer da anestesia, terceiro, e talvez mais importante que os factores anteriores, todos os países procuram providenciar um serviço de elevada qualidade e com uma boa relação custo-eficiência.

Não obstante o crescimento exponencial da cirurgia ambulatória, “este crescimento espantoso à nível mundial tem maior expressão na América do Norte (EUA- 65% de toda a cirurgia programada; Canadá- 50-60%), na Europa (Reino Unido- 55%; Espanha- 35%; Noruega- 30-40%) e na Oceânia (Austrália- 33%)” (Lemos, 1999: 05).

A Direcção Geral de Saúde de Portugal (2001) cit. *in* Marques (2011: 16) refere que em Portugal, no ano de 1997, a proporção de intervenções em cirurgia ambulatória situava nos 8,9%, assistindo-se a um crescimento exponencial, sendo que, de 1999 a 2003, a percentagem de cirurgia programada realizada em ambulatório duplicou, atingindo os 15% em 2003.

Coma finalidade de promover o desenvolvimento de programas de qualidade para a cirurgia ambulatória, “algumas associações uniram-se em 1995 para criar um órgão internacional chamado de *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS), onde foram elencados alguns objectivos dessa associação” (IAAS, 2006: 13), nomeadamente:

- Estimular a formação de associações nacionais para a cirurgia ambulatória;
- Promover a educação e publicar uma revista internacional de cirurgia ambulatória;
- Formar uma base de dados de informações sobre a cirurgia ambulatória e anestesia;
- Organizar seminários e conferências;
- Incentivar a pesquisa em cirurgia ambulatória e publicar os resultados.

Essa mesma associação internacional (2006:21), assim como Malster e Parry (2003: 297), sobre a história da cirurgia ambulatória acrescentam que:

As bases da cirurgia ambulatória foram lançadas por James Nicoll, no século XX, com o seu trabalho no *Sick Children's Hospital and Dispensary* em Glasgow, na Escócia, quando ele operou um grande número de crianças com condições tais como hérnias, fimose, e doença mastóidea, (...) em regime de cirurgia ambulatória.

Neste sentido, Burden (2000: 04) argumenta que “desde 1960 que os médicos começaram a testar e a sedimentar as tradições pré-estabelecidas, de realizar intervenções cirúrgicas sem internamento hospitalar”. Impulsionado pelo trabalho de James Nicoll, e com todos os avanços anestésico-cirúrgicos decorrentes do século XX a cirurgia ambulatória veio crescer gradualmente e a ganhar mais dinâmica.

Assim, a IAAS (2006: 22) refere que “um número gradualmente crescente de unidades de cirurgia ambulatória, especialmente nos EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália, foram inaugurados entre 1970 e 1980, e estes geraram uma série de artigos em revistas médicas sobre os benefícios da cirurgia ambulatória (...)”.

Sobre o conceito da cirurgia ambulatória, a IAAS (2006:35) define-a como a:

Realização de intervenções cirúrgicas ou de diagnóstico, realizadas tradicionalmente em regime de internamento hospitalar, realizadas com total confiança, cuja alta hospitalar ocorre horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita num leito hospitalar. Esses procedimentos exigem as mesmas facilidades técnicas sofisticadas de quando feitas em regime de internamento, e procedimentos de selecção pré-operatórios rigorosos e acompanhamento pós-operatório do utente por várias horas.

A AESOP (2006: 344) por sua vez faz referência ao conceito da cirurgia ambulatória conforme a Direcção Geral da Saúde de Portugal, definindo-a como:

Uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do utente no mesmo dia.

O utente em cirurgia ambulatória

Definido por Pitrez e Pioner (1999: 17), “o utente cirúrgico é aquele cujo tratamento implica uma intervenção cirúrgica”. Esse tratamento por si só representa uma “agressão orgânica-psíquica, embora controlada, o que confere a esse tipo de utente características que o diferenciam daquele que deverá ser submetido a terapia medicamentosa, não invasiva”(Pitrez e Pioner, 1999:17).

Atendendo ao conceito de cirurgia ambulatória, o utente de cirurgia ambulatória pode ser definido como o utente que será submetida a uma intervenção cirúrgica, em que a alta ocorre horas após a intervenção, fazendo a recuperação pós-operatória no seu próprio domicílio cuidada por familiares.

Não obstante os aspectos orgânico-psíquicos, o utente cirúrgico, seja de ambulatório ou de internamento, é uma pessoa que deve ser visto como um todo, ou seja no seu holístico, em que a sua totalidade inclui o corpo, a mente e o espírito, ou seja uma pluralidade sistemas de interacção.

Numa abordagem holística centrada no utente, “o trauma operatório a que submeterá o utente exige que a ele seja prestado cuidados individualizados e personalizados” (Pitrez e Pioner, 1999: 17), pelo que “a segurança e o bem-estar dos utentes durante a intervenção cirúrgica são preocupações primordiais dos membros da equipa cirúrgica” (Rothrock, 2008: 15).

Neste sentido, a mesma autora defende que “os processos centrados no utente criam o produto e serviços dos cuidados de saúde – a oferta de cuidados seguros e eficazes, o alcance dos resultados desejados e a obtenção da satisfação do utente”(Rothrock, 2008: 15).

De facto, e como fundamenta Burden (2000: 03), “as competências técnicas adequadas, eu m amplo conhecimento do processo de enfermagem deve ser focado para abordar as necessidades excepcionais do utente de cirurgia ambulatória, avaliando-os cuidadosamente e proporcionando o incentivo psicológico”.

Segundo Pitrez e Pioner (1999: 17) “em clínica cirúrgica, a postura é bastante diversificada e complexa em função da própria agressividade terapêutica, a qual define dois períodos bem diferenciados: o que antecede e o que sucede”. Por esta razão, “a abordagem do utente cirúrgico não se atém somente ao acto operatório em si, o qual integra um contexto bem mais amplo, que abrange o conhecimento da patologia e do utente portador da mesma” (*Ibidem*).

Para abordar e dar ênfase ao que antecede e o que sucede com o utente de cirurgia ambulatória, relativamente ao ambiente cirúrgico, é imperativo debruçar sobre o circuito transitório de pré, intra e pós-operatório, que no seu todo se designa de perioperatório.

Perioperatório

Conforme Pitrez e Pioner (1999: 18) o perioperatório compreende-se como “o período total em que o utente fica aos cuidados da equipa multidisciplinar do centro cirúrgico, desde o primeiro contacto até sua alta definitiva. (...)”. Este período “dependerá da patologia apresentada, do tipo de cirurgia e das condições clínicas do utente após a cirurgia” (*Ibidem*).

Os mesmos autores (1999: 18), ainda acerca do perioperatório, salientam que:

Em tempos idos, o cirurgião era o único responsável pela totalidade dos eventos do perioperatório. Em face do extraordinário desenvolvimento da ciência médica e da crescente complexidade no âmbito da cirurgia, tornou-se humanamente impossível o domínio dos múltiplos conhecimentos que envolvem essa actividade. Dessa maneira, o manuseamento do utente cirúrgico aos poucos se dilui com outras especialidades afins, nos dias de hoje, a abordagem forçosamente deve ser multidisciplinar (...) em que cada um em sua esfera, respondem pelo atendimento integral do utente no transcorrer do processo cirúrgico.

Nesta linha de pensamento, citado por Marek e Boehnlein (2010: 246), a prática da enfermagem perioperatória tem por base o “modelo centrado no utente, que consiste principalmente na segurança do utente e as suas respostas fisiológicas e comportamentais”. De igual modo deve ser orientada para ajudar o utente, assim como os familiares a atingirem um nível de bem-estar satisfatório ou superior ao que tinham, antes da cirurgia.

A AORN, por sua vez, refere que a enfermagem perioperatória na sua plenitude de implementação de intervenções no contexto cirúrgico, identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do utente, para além disso, desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções (...) com o objectivo de manter a saúde e bem-estar dos utentes, antes, durante e após a cirurgia (Ferrito, 2014: 03).

Pré-operatório

Como a própria denominação o define, “compreende o período de tempo que antecede a intervenção cirúrgica” (Pitrez e Pioner, 1999: 18). Este período “inicia quando o cirurgião e o utente decidem pela cirurgia e termina quando o utente é transferido para a mesa cirúrgica” (Pitrez e Pioner, 1999: 18; Ferrito, 2014: 03). Este lapso de tempo é muito variável e está sujeito a “circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do utente” (Pitrez e Pioner, 1999: 18).

Conforme argumenta Pitrez e Pioner (1999: 19):

A abordagem de um utente à cirurgia obedece a uma directriz pré-fixada, que se inicia pelo diagnóstico da enfermidade, passa por uma criteriosa avaliação do seu estado clínico geral e finda com o preparo do utente para melhor suportar o trauma cirúrgico. Essas três etapas constituem o que se denomina tríade pré-operatória. (...). O cumprimento dessas três etapas fornece (...) ao utente (...) a segurança e uma resposta adequada ao trauma cirúrgico, acompanhada de uma boa evolução clínica pós-operatória. (...). Através do processo de diagnóstico, passa-se a conhecer a patologia, por meio da avaliação, estima-se o comportamento do próprio utente em relação ao tratamento cirúrgico proposto e, finalmente, pelo preparo, obtém-se um suporte fisiológico apto a enfrentar a agressão cirúrgica. O conjunto dessas três etapas constitui a base do conhecimento pré-operatório.

O âmbito das intervenções de enfermagem perioperatória neste período inclui “a avaliação dos estados físicos, psicológico e social do utente, o planeamento dos cuidados de enfermagem para preparar o utente para a experiência cirúrgica, bem como implementação de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do utente”(Marek e Boehnlein, 2010: 246).

Intra-operatório

Denominado também de transoperatório, este período “compreende o tempo da intervenção cirúrgica propriamente dito, e inicia com a indução anestésica, desenvolvendo-se até o instante em que é finalizado o último ponto de sutura e é feita a protecção da ferida ou incisão cirúrgica com o penso” (Pitrez e Pioner, 1999: 20). Uma outra definição pertinente para este período, segundo Ferrito (2014: 03), é a “transferência do utente para a mesa cirúrgica, terminando quando este é transferido para a unidade de recobro ou unidade de cuidados pós-anestésicos”.

A equipa cirúrgica no intra-operatório é composta pelo cirurgião, pelo anesthesiologista, e pelos enfermeiros circulante, instrumentista e de apoio a anestesia. Compete a equipa de enfermagem no intra-operatório gerir as actividades fora da área esterilizada, documentar as intervenções de enfermagem, preparar todo o material e equipamento esterilizado, assim como, garantir a segurança, o posicionamento e a monitorização do utente, e avaliar e assistir na técnica anestésica escolhida (Marek e Boehnlein, 2010: 275).

Pós-operatório

Este período “segue a anterior e prolonga-se pelo tempo necessário à plena recuperação física, funcional e psíquica do utente intervencionado cirurgicamente, o que pode prolongar por alguns dias, por semanas, meses ou anos, dependendo da conjuntura clínica” (Pitrez e Pioner, 1999: 20).

Tendo em conta que as intervenções realizados em cirurgia ambulatória, são bem selectivos e menos invasivos possível, a recuperação física e funcional é alcançada horas após o procedimento, embora em grau limitado. Isto faz com que o utente intervencionado em cirurgia ambulatória precise de ensino sobre os cuidados pós-operatórios, tanto verbalmente como por escrito. Assim citando Pitrez e Pioner (1999: 21) admitem que “na maioria das vezes, as cirurgias são bem-sucedidas e a progressão pós-operatória é suave, sem percalços, até a plena recuperação”.

Conforme fundamenta Ferrito (2014: 03) “no período pós-operatório imediato, as intervenções de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos”. Nos períodos seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao utente e da pessoa significativa na preparação para a alta” (*Ibidem*).

O ensino neste período prepara-os para um “papel activo no processo de recuperação, avaliando e fornecendo a informação relevante sobre os cuidados a ter no domicílio, outorgando ao utente e a pessoa significativa mais responsabilidade pelo autocuidado” (Marek e Boehnlein, 2010: 311).

Ainda de acordo com Pitrez e Pioner (1999: 21) “na sequência da alta hospitalar, inicia-se a convalescença do pós-operatório, em que o utente continuará a receber a devida assistência em carácter ambulatoria até que esteja plenamente recuperado físico e psicologicamente”.

Seguimento pós-operatório (*Follow up*)

De acordo com Pitrez e Pioner (1999: 17) “aos três períodos anteriores pode-se acrescentar uma quarta etapa, denominado seguimento (*follow up*), ligada principalmente a serviços assistenciais e individuais”. Neste período é feita “o controlo e a revisão das consequências mais tardias advindas da intervenção cirúrgica, feitos mediante revisões periódicas” (*ibid.*: 21).

A família / pessoa significativa do utente intervencionado em cirurgia ambulatória

De acordo com Brykczynska (2003: 94) “todos os utentes têm certos direitos de saúde. (...). Igualmente, os familiares do utente têm alguns direitos que devem ser respeitados”.

A pessoa significativa do utente tem o direito de o visitar, ser consultada sobre os cuidados a prestar e mantida informada acerca de evolução do utente, e deve ser tratada como parte integrante da equipa de saúde. Com a duração de internamento cada vez mais curta, é ainda mais importante do que nunca garantir que os utentes e a pessoa significativa estão conscientes do que os espera e que foram devidamente esclarecidos. (Brykczynska, 2003: 94).

Neste sentido Rothrock (2008: 11) acrescenta e argumenta “que à medida que o número de cirurgias ambulatoriais continua a crescer, a educação do utente, o envolvimento da pessoa significativa do utente como componente integrante, e o planeamento da alta tornam-se intervenções cruciais da enfermagem perioperatória e um desafio de forma a melhorar os resultados”.

De igual modo, “o cuidado a longo prazo, a prevenção de problemas relacionados com a cirurgia e a oferta de apoios emocional, psicológico e físico ao utente e, também, à pessoa significativa são intervenções importantes da enfermagem perioperatória” (Rothrock, 2008: 11).

Como forma de fomentar a sua participação no processo de saúde do utente “o enfermeiro apoia e optimiza o seu papel positivo na cura do utente, dando-lhe as informações necessárias, providenciando-lhe os cuidados físicos e emocionais e trazendo-lhe um apoio afectivo” (Benner, 2001: 90).

Reforçando ainda mais esta ideia, Figueiredo (2012: 69) refere que “as intervenções de enfermagem perioperatória têm por finalidade a capacitação da pessoa significativa a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do projecto de saúde do utente”.

Assim, segundo Rothrock (2008: 11) a AORN defende que como parte integrante dos padrões de desempenho profissional do enfermeiro perioperatório, espera-se que o mesmo “colabore com o utente e a sua pessoa significativa na formulação de objectivos, do plano de cuidados, de decisões a respeito do tratamento, e prestação de cuidados de saúde”.

É imperativo e inquestionável o envolvimento dessa pessoa na experiência cirúrgica do utente, visto que sendo ela um familiar ou não, é um agente social, o principal suporte do utente e é quem mais o conhece. É ela quem o utente integra as suas vivências e experiências de vida. Neste contexto, dá-se enorme importância a parceria da enfermagem com essa pessoa, uma vez que esta é o principal agente prestador dos cuidados pós-operatórios no domicílio.

É de facto que “os cuidados de enfermagem à pessoa significativa centram-se na interacção entre o enfermeiro e a pessoa, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico” (Figueiredo, 2012: 69).

Assim, ao desenvolver um plano de ensino ao utente e a sua pessoa significativa e o planeamento da alta, “o enfermeiro deve ter em conta a avaliação educacional, o nível de informação fornecido, bem como os materiais de apoio ao ensino e a participação da pessoa significativa do utente neste processo”(Rothrock, 2008: 11).

As vantagens da cirurgia ambulatória

Segundo Leal (2006: 67), “nos últimos anos, por razões essencialmente economicistas, os utentes têm vindo a ser alvo de internamentos hospitalares cada vez mais curtos, apenas permanecendo hospitalizados os que apresentam doenças, ou sequelas de gravidade”, o que não acontece com os utentes intervencionados em cirurgia ambulatória, devido aos rigorosos critérios de selecção a que são submetidos. Neste sentido, e não só no ponto de vista economicista, a cirurgia ambulatória apresenta inúmeras vantagens tanto para o utente, assim como para o hospital e o sistema de saúde.

Lemos (1999: 06), neste âmbito, descreve vários factores / vantagens que contribuem para o interesse da cirurgia ambulatória, nomeadamente:

- Redução dos custos hospitalares para a maioria das intervenções realizadas em cirurgia ambulatória. A AESOP (2006: 344) salienta que “a cirurgia ambulatória contribui também para aumentar o número de leitos hospitalares necessários e disponibilizar recursos humanos a outros utentes com problemas mais graves que necessitam de cuidados diferenciados mais prolongados”;
- Rápida redução das listas de esperas;
- Menor ruptura do ambiente sociofamiliar do utente, com especial incidência para os extremos etários;
- Redução de exposição a infecções adquiridas em meio hospitalar, em especial crianças e doentes imunodeficientes;
- Provável diminuição da incidência de complicações cárdio-circulatórias, como sejam as doenças trombo-embólicas;
- Evita a experiência despersonalizada da hospitalização, (...) proporcionando ao utente e a sua pessoa significativa uma atenção especial;
- Menor tempo de afastamento do trabalho, o que faz com que os utentes percam o menor número de dias possível de trabalho;

- Independência da disponibilidade de leitos hospitalares, para a realização da intervenção cirúrgica, não havendo a necessidade de adiar cirurgias pela ocupação imprevista de leitos hospitalares e possibilitando igualmente alguma flexibilidade na selecção da data da intervenção cirúrgica.

AAESOP (2006: 344) refere que “por todos estes factores são claros os benefícios psicológicos, sociofamiliares e económicos da cirurgia ambulatória, implicando um tratamento cirúrgico mais rápido e com um reduzido risco de trauma por hospitalização”.

Uma das grandes vantagens da cirurgia ambulatória, também, ressaltada pela IAAS (2006: 26) é que:

Actualmente todos os orçamentos de saúde estão sob pressão devido à crescente demandados utentes, a introdução de novos tratamentos e envelhecimento da população. Neste sentido a cirurgia ambulatória permite aos compradores (governo, seguradoras, as autoridades de saúde ou utentes individuais) uma forma de contenção de custos, enquanto a obtenção de alta qualidade acessível e um tratamento eficaz.

Para os enfermeiros perioperatórios, McEwen (2008: 1055) argumenta que:

Os mesmos têm a oportunidade de condensar e refinar as suas habilidades de enfermagem e de desenvolver modelos de prática de enfermagem que se concentram no bem-estar, segurança, conforto, educação do utente e continuidade do cuidado, o que constitui uma vantagem própria da cirurgia ambulatória para a enfermagem perioperatória e os enfermeiros perioperatórios.

Não obstante as vantagens da cirurgia ambulatória, ela apresenta algumas desvantagens para os profissionais de saúde, mormente “o menor controle sobre questões do utente, exclusão dos utentes que habitam em regiões rurais, e a falta de recursos associados às estruturas hospitalares tradicionais” (*Ibidem*).

Os critérios de selecção e admissão do utente para a cirurgia ambulatória

De acordo com Romero, Molina e Moreno (2002: 41), “uma vez que o utente obtém a alta da unidade de CA poucas horas após a intervenção cirúrgica para continuar a recuperação no seu domicílio, é fundamental considerar e avaliar o ambiente sociofamiliar do utente a ser intervencionado, no momento da sua selecção”.

Para McEwen (2008: 1050), “os critérios para a selecção apropriada dos utentes são essenciais para a cirurgia ambulatória segura e que cada utente deve ser cuidadosamente avaliado”. Para tal, “os responsáveis por determinar a selecção adequada dos utentes incluem o cirurgião, o anestesiológista e o enfermeiro perioperatório” (*Ibidem*).

Fundamentada pela AESOP (2006: 345), “o próprio funcionamento das unidades de cirurgia ambulatória impõe a determinação dos critérios de selecção que devem ser feita em relação aos utentes (...)”.

A Direcção Geral da Saúde de Portugal refere que relativamente a cirurgia ambulatória, quando é realizada uma boa selecção dos utentes pelo cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo anestesiológista e pelo enfermeiro perioperatório, com a escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento (AESOP, 2006: 345).

CrITÉRIOS sociais

De acordo com Lemos (1999: 08) “não só o risco perioperatório se mantém presente como a preocupação adicional de um pós-operatório num ambiente não-médico impõe uma cuidadosa atenção do estado clínico de utente”.

Assim, é imprescindível o enquadramento dos utentes candidatos à cirurgia ambulatória nos critérios sociais. Estes critérios são explicados aos utentes ao longo da consulta de enfermagem feita pelo enfermeiro perioperatório e devem ser avaliados com vista a sua confirmação.

Estes critérios sociais são:

- Ter aceite em ser operado nas condições oferecidas, ou seja no regime de ambulatório (AESOP, 2006: 345). Romero et al. (2002: 41) salientam que “é imprescindível que o paciente acredite no método de tratamento, depois de informações adequadas que esta é a melhor maneira de tratar a sua patologia, deve apresentar uma atitude positiva em relação a este auxílio e aceitando-a voluntariamente”.
- Ter assegurado o transporte de regresso à casa em veículo automóvel (AESOP, 2006: 345). Lemos (1999: 08) realça que no regresso a casa “a utilização de qualquer transporte público deve ser evitado, porém, aqui deve haver alguma flexibilidade atendendo ao utente, ao tipo de intervenção cirúrgica e a técnica anestésica realizada”.

Outro aspecto de enorme importância, neste ponto, é o facto de o utente não estar em condições de conduzir, pelo que só a pessoa significativa o pode fazer.

- Ter área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital onde se realizou a intervenção cirúrgica (AESOP, 2006: 345). Contudo, “se o utente viver a uma distância superior à referida, deve tentar arranjar um local mais perto do hospital para pernoitar na primeira noite após a operação” (Lemos, 1999: 08).
- Ter condições adequadas de habitabilidade no local onde vai fazer a pernoita (AESOP, 2006: 345). O domicílio deve “reunir as condições básicas de higiene e salubridade, juntamente com um certo grau de conforto” (Romero et al., 2002: 42). É ainda necessário “ter em atenção as circunstâncias pertinentes da habitação do utente como sejam a existência de poucas escadas no acesso a esta” (Lemos, 1999: 08).
- Dispor de acesso a meios de comunicação (telefone) é outro aspecto importante a ter em atenção (AESOP, 2006: 345). “O fácil acesso a um contacto telefónico, é importante na medida que permite a resolução imediata de quaisquer problemas que surjam” (Lemos, 1999: 08). “Caso não dispor de um contacto telefónico, poderá recorrer a um vizinho ou um familiar que viva nas proximidades” (Romero et al., 2002, 42).
- Ter assegurada a companhia da pessoa significativa pelo menos nas primeiras 24 horas após a intervenção cirúrgica (AESOP, 2006: 345). “O utente só terá alta se tiver um adulto responsável que o acompanhe à casa e se responsabilize legalmente por ele nas primeiras 24 horas” (Lemos, 1999: 08). Também, “é aconselhável que este acompanhante receba as mesmas informações que o utente e sobretudo há de entender e assumir claramente as instruções após a alta (...)” (Romero et al., 2002: 42).

Crítérios clínicos

Citado por McEwen (2008: 1050), “os utentes com afecções clínicas complexas e processos patológicos subjacentes podem ser considerados inadequados para a cirurgia ambulatoria, e marcadas para o centro cirúrgico principal”. No passado, “os utentes considerados apropriados para CA eram jovens e saudáveis, sem doença subjacente.

No entanto, as intervenções realizadas hoje em cirurgia ambulatoria são mais complexas e os utentes possuem mais problemas de saúde coexistentes” (McEwen, 2008: 1050). Ainda a mesma autora diz-nos que “um sistema de classificação comumente usado para adequar os critérios clínicos do utente a ser intervencionado em cirurgia ambulatoria é o sistema da *American Society of Anesthesiology (ASA)*” (*Ibidem*), que é utilizado pelos anestesiológicos para classificar o estado físico do utente.

Autores como Malster e Parry (2003: 301) fazem referência ao seguinte sistema de classificação, elaborada pela ASA em 1963:

- ASA 1 – utente saudável;
- ASA 2 – utente com patologia sistémica ligeira, sem limitação funcional;
- ASA 3 – utente com patologia sistémica grave, com alguma limitação funcional;
- ASA 4 – utente com patologia sistémica grave, incapacitante e que representa uma ameaça constante para a vida;
- ASA 5 – utente moribundo, de quem não se espera que sobreviva por mais de 24 horas, com ou sem cirurgia.

Assim, os utentes com critérios clínicos para serem intervencionados em cirurgia ambulatoria são, “idealmente classificados como utentes com ASA 1 e ASA 2” (AESOP, 2006: 345; Lemos, 1999:07). Já “os utentes com ASA 3 e, eventualmente, ASA 4 devem ser cuidadosamente avaliados pré-operatoriamente e seleccionados caso-a-caso” (Lemos, 1999: 07), “e deve-se ter em conta a relação risco-benefício da intervenção cirúrgica” (Romero et al., 2002: 42). Os utentes com ASA 5 são liminarmente excluídos.

A idade não é um critério de exclusão desde o ponto de vista cronológico, mas sim fisiológico (Romero et al., 2002: 42). Por isso, “não é aconselhável incluir no programa de cirurgia ambulatoria as crianças menores de seis meses ou os prematuros menores de um ano”(Ibidem). Pelo facto de hoje ser intervencionado utentes idosos em cirurgia ambulatoria, “estes precisam de ser cuidadosamente avaliados uma vez que podem sofrer de doenças sistémicas que impliquem polimedicação e como tal possam comprometer a segurança da anestesia (...)” (Malster e Parry, 2003: 302).

A obesidade, é provavelmente um dos critérios clínicos mais controversos no que diz respeito a cirurgia ambulatoria (Malster e Parry, 2003: 302). “As complicações subsequentes da obesidade, como por exemplo as cardiopatias (...) e a apneia do sono, podem impedir o utente de ser operado em cirurgia ambulatoria, devendo avaliar sempre a relação risco-benefício, e não a obesidade em si” (Romero et al., 2002: 42).

Relativamente aos diabéticos, Malster e Parry (2003: 303) afirmam que:

Os diabéticos não insulíndependentes que estão bem controlados com os antidiabéticos orais podem ser intervencionados em cirurgia ambulatória, mas não devem tomar a medicação antidiabética no dia da intervenção. Os diabéticos insulíndependentes estáveis, sem doenças concomitantes, não têm contraindicação. Idealmente, estes devem ser os primeiros de manhã a serem operados e devem ser aconselhados a não fazer a dose matinal de insulina.

Ainda de acordo com McEwen (2008: 1050), Malster e Parry (2003: 303-304):

Outros factores específicos de risco para a cirurgia ambulatória incluem a hipertensão arterial, doença cardíaca, doença respiratória, história medicamentosa, abuso de substâncias tóxicas, antecedentes familiares e pessoais de hipertermia maligna, alergias medicamentosa, nível de ansiedade e vontade própria do utente de ser intervencionado em cirurgia ambulatória, risco de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), experiências cirúrgicas anteriores e o risco de morbilidade.

As técnicas anestésicas em cirurgia ambulatória

Nos últimos anos a cirurgia ambulatória tem seguido um curso de desenvolvimento muito rápido, impulsionado pelos avanços da ciência médica, nomeadamente na prática anestésica. O desenvolvimento de fármacos anestésicos de curta duração e com menos efeitos colaterais merece destaque na prática anestésica, tornando a cirurgia ambulatória mais exequível e com mais aceitação por parte dos utentes (McEwen, 2008: 1050).

Definido por Andrade, Melo e Gomez (1999: 14) “a anestesia de cirurgia ambulatória é aquela realizada para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos após a qual o utente permanece na unidade até a plena recuperação de suas funções físicas e psicológicas, quando então receberá a alta, sem pernoita hospitalar”.

McEwen (2008: 1050) argumenta que para o sucesso da anestesia em cirurgia ambulatória, “o anestesiológista precisa compreender as necessidades da população dos utentes intervencionados em cirurgia ambulatória para facilitar a oferta de uma anestesia que sustente uma recuperação rápida com controlo adequado da dor pós-operatória”.

Conforme fundamenta a IAAS (2006: 185) “como em todos os casos de cirurgias, a escolha do anestésico e da técnica apropriada para a cirurgia ambulatória deve ser baseada nas considerações de segurança e qualidade (...)”. É nesse contexto que se dá, uma vez mais, a enorme importância para os critérios de selecção e admissibilidade dos utentes de cirurgia ambulatória, visto que o sucesso da anestesia depende da avaliação pré-operatória desses utentes, tendo em foco os critérios citados.

Para tal, a avaliação pré-operatória da selecção da técnica anestésica para a cirurgia ambulatória deve incidir sobre as características do utente e da cirurgia em si, tais como “o estado físico, experiências cirúrgicas anteriores, medicação em uso, alergias medicamentosas conhecidas, patologias associadas, a idade e as condições sociais do utente, bem como o tipo e duração prevista da cirurgia” (Malster e Parry, 2003: 302).

Assim sendo, Andrade et al. (1999: 15) defendem que “a anestesia ideal é aquela que garante as condições ideais para a cirurgia; permita o retorno rápido da consciência com pouco efeito residual pós-operatório e apresenta baixa incidência de efeitos colaterais”. Acrescenta ainda Andrade et al. (1999: 15) “que todos os tipos de anestesia podem ser realizados em cirurgia ambulatória”.

No entanto, “a decisão da técnica a ser utilizada é da responsabilidade do anestesiológista, sendo obrigatória a integração com toda a equipa cirúrgica (...)”, ou seja com o cirurgião e a equipa de enfermagem perioperatória.

Um sistema de classificação utilizado para determinar a adequação dos utentes à essa modalidade cirúrgica e a previsão do risco cirúrgico é o sistema da ASA, supramencionada aquando da abordagem dos critérios de admissibilidade para a cirurgia ambulatória. Sobre este sistema de classificação, McEwen (2008: 1050) alega que “o cirurgião, o anestesiológista ou o enfermeiro perioperatório podem atribuir ao utente uma classificação de condições físicas da ASA”.

Pré-medicação

A pré-medicação operatória pode ser prescrita para “diminuir a ansiedade e o medo do utente relativamente a intervenção cirúrgica, à separação da pessoa significativa e de outros acompanhantes, a dor, e o ambiente hospitalar desconhecido” (McEwen, 2008: 1050).

Afirma McEwen (2008: 1050) que “as vantagens adicionais da pré-medicação incluem a analgesia moderada, efeito amnésico, prevenção de reacções alérgicas, controlo da dor e diminuição da incidência de náuseas e vómitos no pós-operatório, dependendo do fármaco e da dosagem administrada”.

Contudo, salienta ainda McEwen (2008: 1050), que “como os efeitos da pré-medicação podem gerar período de recuperação pós-operatório mais longo para o utente, costuma ser evitado o uso da mesma”. No entanto, “jamais se dever negar a pré-medicação a um utente que esteja ansioso e apreensivo. É também comum, o uso de antibióticos como pré-medicação para a profilaxia da infecção da ferida cirúrgica” (*Ibidem*).

Anestesia local

A anestesia local consiste na infiltração de uma droga com efeito anestésico local, no próprio local cirúrgico a ser abordado, e é feita após a desinfecção do local cirúrgico requerendo boa técnica asséptica. Refere McEwen (2008: 1053), que “o cirurgião escolhe o anestésico local com base na sua potência, duração de acção desejada e o local da cirurgia, administra-o e o enfermeiro perioperatório costuma ser responsável pela monitorização do utente durante toda a intervenção”.

A técnica de anestesia local (...) apresenta, potencialmente, algumas vantagens importantes para a realização de intervenções cirúrgicas ambulatoriais, nomeadamente a menor incidência de náuseas e vômitos pós-operatório, analgesia pós-operatória residual, recuperação mais rápida ao fim da intervenção e sem risco de aspiração de conteúdo gástrico. Relativamente as limitações apontadas para o seu uso estão a ansiedade natural do utente acordado durante a cirurgia e a possibilidade de uma lesão nervosa pelo anestésico ou pela agulha (Andrade et al., 1999: 23).

Este tipo de anestesia “está indicada nas remoções de pequenas lesões cutâneas, incisão da pele para drenar colecções subcutâneas, exérese de tumores e corpos estranhos, suturas de feridas da pele, entre outros” (*Ibidem*).

Anestesia geral

A anestesia geral é definida como “um estado de inconsciência induzido e controlado por medicação que leva, inclusive a hipnose (sono), analgesia, relaxamento muscular e imobilidade, como controlo do sistema nervoso autónomo” (Dlugose, 2000: 255).

O estado de inconsciência e relaxamento muscular torna o utente incapaz de perceber a dor no período intra-operatório (McEwen, 2008: 1050). Assim, para o utente de cirurgia ambulatoria submetido a anestesia geral, as considerações sobre o anestésico se baseiam, em parte, na facilidade para a alta do utente em tempo oportuno.

De igual modo “pretende-se que a anestesia geral forneça uma rápida indução anestésica e de fácil controlo, bem como um despertar imediato e com o mínimo de efeitos na recuperação pós-anestésica” (McEwen, 2008: 1050). Neste contexto afirma a IAAS (2006: 197) que “a anestesia geral, com os agentes modernos tem tido um histórico de segurança muito bom, início rápido, efeito rápido, e facilidade na administração”.

Raquianestesia ou bloqueio subaracnoídeo

A raquianestesia, como definida por Andrade et al. (1999: 40) “consiste na injeção de um anestésico local no espaço subaracnoídeo, em contacto com o líquido céfalo-raquidiano e com as estruturas do sistema nervoso central”. Pelo facto do anestésico ser injectado no espaço subaracnoídeo, é-lhe também “denominado de bloqueio subaracnoídeo, e é utilizado para intervenções cirúrgicas que se realizam abaixo da região umbilical” (*Ibidem*).

Das técnicas de anestesia regional, a raquianestesia é a mais rápida e mais confiável. (...). A ocorrência de toxicidade sistémica é nula devido as baixas dosagens de anestésicos necessários. (...). É uma das técnicas mais úteis para a anestesia ambulatoria (...) e as suas vantagens são a facilidade na administração, o início rápido de acção, a confiabilidade e a previsibilidade (Andrade et al., 1999: 40-41).

Constitui também uma vantagem da raquianestesia o facto de o utente permanecer consciente durante todo o intra-operatório, no entanto por esse motivo, “para minimizar a ansiedade este tipo de anestesia costuma ser suplementada pela sedação endovenosa para promover o conforto e diminuir a ansiedade do utente” (McEwen, 2008: 1051).

Não obstante as vantagens da raquianestesia, “é comumente associada a cefaleia no pós-operatório e retardo na alta do utente intervencionado em cirurgia ambulatoria, uma vez que a mobilidade está totalmente comprometida, sendo necessário a sua total recuperação no recobro imediato” (Andrade et al., 1999: 41).

Sedação/Analgesia moderada

Segundo Odom (2000: 309), a sedação caracteriza-se por “uma depressão mínima do nível de consciência que permite a um utente de cirurgia reter a capacidade de manter independente e continuamente as vias aéreas e responder apropriadamente a estímulos físicos e comandos verbais, produzido por fármacos (...)”.

O objectivo da sedação não é produzir perda de consciência, mas sim sedar adequadamente o utente de forma a aliviar a ansiedade e a dor, produzir amnésia intra-operatória, e por último atingir um nível de sedação com o mínimo risco (Odom, 2000: 309).

Uma vez que o utente mantém em estado de consciência, conforme argumenta Andrade et al. (1999: 45) “a ansiedade e dor relacionada à injeção do anestésico, imobilização prolongada e posicionamento desconfortável podem dificultar ou mesmo inviabilizar a intervenção cirúrgica”.

As intervenções cirúrgicas mais frequentes realizadas em cirurgia ambulatoria

O desenvolvimento e crescimento no âmbito da cirurgia ambulatoria vêm permitindo a realização de intervenções cirúrgicas cada vez mais com maior grau de complexidade, nas mais variadas especialidade médicas. Para justificar tal complexidade, segundo realça Malster e Parry (2003: 298) “à medida que a tecnologia cirúrgica avança, há intervenções cada vez mais complexas a serem realizadas no contexto da cirurgia ambulatoria”.

Concordando, de facto como afirma estes autores, as intervenções cirúrgicas realizados em regime de ambulatorio tem vindo a ganhar maior expressividade, mesmo em intervenções antes realizadas em regime de internamento hospitalar. Acrescentando, os critérios de admissão que são avaliados e validados no pré-operatório também têm contribuído para o sucesso destas intervenções, garantindo a sua segurança e a da própria pessoa, bem como a satisfação das necessidades inerentes à recuperação pós-operatória.

No que tange as intervenções realizadas frequentemente em cirurgia ambulatoria, por especialidades ou valências médicas, a IAAS (2006: 89-116), McEwen (2008: 1051), Malster e Parry (2003: 298-299) referem as seguintes:

- **Cirurgia Geral:** herniorrafias inguinais e umbilicais, hemorroidectomias, laparoscopias, excisão de quistos, cirurgia de mama e lobectomias;
- **Cirurgia Plástica:** enxertos e excisão de lesões cutâneas e cicatrizes;
- **Cirurgia Vascular:** fístulas artério-venosas para hemodiálise, colocação de catéteres endovasculares e reparação de aneurismas;
- **Ginecologia:** interrupções voluntárias de gravidez, histeroscopias de diagnóstico, dilatação e curetagem, conizações, excisão de quistos de bartholin e procedimentos de infertilidade;

- **Neurocirurgia:** hérnias discais, síndrome do túnel cárpico e remoção de quistos lombares;
- **Oftalmologia:** excisão de cataratas, cirurgia de glaucoma e correção de estrabismo;
- **Ortopedia:** remoção de material de osteossíntese, artroscopias, correcção de hallux valgo, exostosectomias, libertação de dedos em gatilho e excisão de quistos sinoviais;
- **Otorrinolaringologia:** amigdalectomias, adenoidectomias, cirurgia sinusal e rinoplastias;
- **Pediatria:** herniorrafias inguinais e umbilicais, hidrocelectomias e circuncisões;
- **Urologia:** vasectomias, hidrocelectomias, varicocelectomias, ureterorenoscopias, cistoscopias, litotripsias, circuncisões e libertação do freio balano-prepucial.

O planeamento de uma unidade de cirurgia ambulatória

Tem-se assistido, nos últimos anos, “um crescimento exponencial da cirurgia ambulatória trazendo consigo a necessidade de garantir a prática segura das cirurgias, e consequentemente algumas regulamentações para os padrões de instalações físicas” (McEwen, 2008: 1047).

Segundo a Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA, 2008: 104) que “o desenho da Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) surge como a primeira medida indispensável para maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia da unidade e, assim, potencializar também a sua capacidade competitiva (...)”.

O planeamento “inicia com definição dos objectivos a atingir e exige a participação de comissões constituídas por pessoas com profundos conhecimentos da sua organização, programas e protocolos de cirurgia ambulatória, e administração de sistemas hospitalares” (Lemos, 1999: 06).

Nesta linha de pensamento, conforme explicita Lima e Pinto (2014: 124):

Planificar uma UCA implica saber que cuidados de saúde se pretende disponibilizar, quem serão os beneficiários destes cuidados, como se pretende prestar os cuidados e o que é necessário para que estes cuidados sejam prestados de acordo com os mais elevados padrões de qualidade. Obedece, portanto, a uma avaliação criteriosa das necessidades que se pretendem ser satisfeitas, assim como de alguns variáveis decorrentes do contexto onde a unidade se irá inserir (...).

Desta forma, McEwen (2008: 1048-1049), Lima e Pinto (2014: 124-125) salientam algumas variáveis importantes que precisam ser consideradas para garantir o sucesso da unidade, tais como:

- Avaliação cuidadosa da população (comunidade) que se pretende abranger e das necessidades em cuidados de saúde;
- Avaliação das necessidades de recursos humanos, e com um administrador eficiente e com fortes habilidades para construir uma equipa de enfermagem;
- Avaliação da estrutura arquitectónica necessária (organigrama da unidade e circuito organizativo) e dos equipamentos adequados para satisfazer as demandas e dos custos;
- Participação activa de comissões multidisciplinares de todas as especialidades com alto volume visadas pelo estabelecimento;
- Planeamento do circuito dos utentes, dos profissionais e dos materiais, assim como o estabelecimento de protocolos e normas orientadoras (critérios de admissibilidade e de alta, protocolos de actuação pré, intra e pós-operatória).

Quanto aos tipos de UCA, Lima e Pinto (2014: 125) classificam-nas em dois grupos:

- Unidades dependentes administrativamente de uma organização hospitalar:
 - Unidade integrada: neste tipo de unidade, os utentes intervencionados em regime de internamento e dos utentes intervencionados em ambulatório utilizam a mesma área cirúrgica. O risco de infecção hospitalar é maior, assim como, também, risco de cancelamento da cirurgia e de não receber a atenção personalizada é maior para o utente de cirurgia ambulatória;
 - Unidade Autónoma: nas unidades autónomas, os utentes de cirurgia ambulatória e os de internamento utilizam áreas cirúrgicas separadas, dentro da estrutura hospitalar. Promove uma abordagem mais personalizada ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória.

- Unidades independentes administrativamente de uma organização hospitalar:
-Unidades *free-standing*: estas unidades, apesar da independência administrativa e estrutural, exigem a definição de protocolos de apoio hospitalar para casos de necessidade de internamento.

Organigrama funcional de uma UCA

Conforme afirma Lima e Pinto (2014: 125):

A definição de fluxos de utentes, dos profissionais e dos materiais é fundamental para a garantia a médio e a longo prazo da maximização dos tempos operatórios, logo, da produtividade e da satisfação dos utentes e dos profissionais, bem como para a redução das quebras nos fluxos de trabalho, dos tempos de espera e dos custos.

Interessa aqui neste trabalho falar, apenas, no percurso dos utentes no dia da realização da intervenção cirúrgica. Assim, a CNDCA (2008: 105) afirma que “considerando que, no dia da realização de uma intervenção cirúrgica, o utente está naturalmente, sob algum estresse, com níveis de ansiedade mais elevados que o normal, deve procurar-se que o percurso na unidade seja rápido, simples e curto”.

A seguinte figura (Fig.1) ilustra o percurso do circuito, percorrido pelo utente de cirurgia ambulatoria, segundo Lima e Pinto (2014: 126):

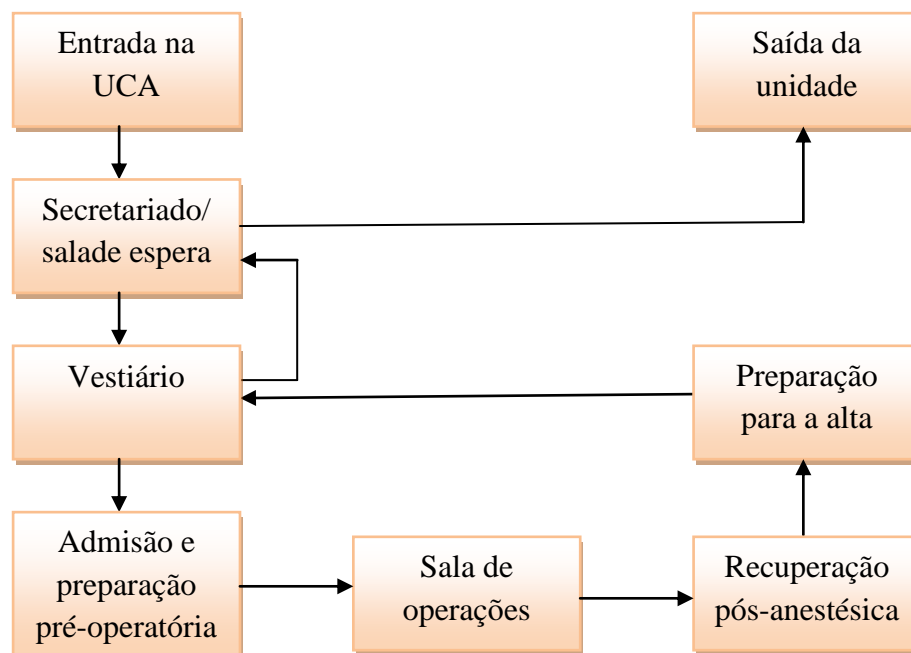


Fig.1. Organigrama funcional do percurso do utente em cirurgia ambulatoria segundo Lima e Pinto.

Desafios e tendências futuras da cirurgia ambulatória

São múltiplos os factores que impulsionaram o desenvolvimento da CA, nomeadamente “os factores de carácter médico (surgimento de novos fármacos anestésicos), factores económico-administrativos (redução dos custos) e outros de carácter social (alta precoce) sendo, sem dúvida, um enorme ganho a nível cirúrgico que assinalou o final do século XX” (Duce, 2002: 431).

Não obstante, a evolução tecnológica e farmacológica que tem vindo fazer progredir a cirurgia ambulatória, “esta evolução, paralelamente, tem vindo a ser acompanhado com a consequência inevitável que esta evolução impõe, que é a criação de Sistemas de Saúde organizados e bem estruturados” (Duce, 2002: 431).

Nesta dinâmica do desenvolvimento da CA, impulsionada pelos avanços já aqui mencionados, e como a tendência de cada vez mais os cuidados anestésico-cirúrgicos ganharem mais a dimensão ambulatória, Lemos (1999: 09) admite que já “sente-se na comunidade médica e de enfermagem algum entusiasmo no sentido de dotar os diferentes hospitais de programas de cirurgia ambulatória”.

Resultado desse entusiasmo pela cirurgia ambulatória que se faz sentir na comunidade médica, por conseguinte, Duce (2002: 432) salienta que recentemente tem-se suscitado o interesse e a realização de intervenções cirúrgicas ambulatoriais realizadas em consultórios médicos, com instalações dotadas de pessoal capacitado, equipamento e material adequado, e com condições de segurança tanto para o utente como para a própria intervenção cirúrgica.

A enfermagem, por sua vez, segundo alega Leal (2006: 67), “para adaptar a esta realidade e tendência, deve haver uma reformulação no modelo habitual de prestação de cuidados para adaptar as novas necessidades e desafios que vão surgindo, criando estratégias de adaptação”. As estratégias de adaptação essenciais correspondem “à expansão ou deslocação das suas actividades associadas à criação de novas formas de assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem nos três períodos do perioperatório, dentro e fora das organizações de saúde” (*Ibidem*).

Ainda, segundo Leal (2006:73), “os enfermeiros precisam de ter uma visão cada vez mais ampla da enfermagem perioperatória, tendo sempre em mente que para atingir as suas finalidades poderão ter que expandir ou deslocar a sua actividade para outros sectores e diversificar as suas estratégias de intervenção”.

Neste âmbito, é de enfatizar a importância da enfermagem comunitária e de família na parceira com as unidades cirúrgicas, para a prestação dos cuidados pós-operatórios no domicílio, garantindo assim a continuidade dos mesmos.

Assim sendo e para consolidar, McEwen (2006: 1065) afirma que:

A cirurgia ambulatória continuará a ser uma força propulsora no crescimento dos cuidados ambulatoriais. Contudo, precisa ser desenvolvido planos estratégicos para manter a continuidade e o sucesso no mercado com focos sobre as necessidades dos consumidores, melhora dos resultados e diminuição dos custos sem comprometer a segurança ou a qualidade do atendimento. De igual modo, os cuidados centrados no utente continuarão um componente importante da satisfação do utente para o contínuo sucesso da cirurgia ambulatória (...).

As intervenções de enfermagem perioperatória no pré e pós-operatório de cirurgia ambulatoria

O cuidado em enfermagem perioperatória

Sobre o acto do cuidado em enfermagem, “foi Florence Nightingale que primeiro salientou o cuidado como algo de humano, profundo, sentindo a necessidade de instituir uma profissão especialmente vocacionada para o cuidado” (Marques, 2011: 21).

De acordo com Brêtas, Lima e Yamaguti (2006: 11), “o cuidado emerge como categoria de trabalho quotidiano, que comporta em sua estrutura o conhecimento, ou o saber de enfermagem corporificado em um nível técnico pelos instrumentos e condutas nas relações sociais específicas”. De igual modo o cuidado em enfermagem “procura o atendimento de necessidades humanas que estão definidas pelos aspectos biológicos, psicológicos e sociais” (*Ibidem*).

A expressão cuidado em enfermagem tem sido utilizado para denotar um serviço oferecido por enfermeiros para aqueles que apresentam necessidades relacionadas ao binómio saúde-doença. Neste sentido, o cuidado em enfermagem refere ao desempenho de intervenções específicas por parte do enfermeiro. Ainda, em sentido genérico, o cuidado refere às intervenções de assistência, apoio ou facilitação para ou por outro individuo, ou grupo, que mostra necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar uma condição ou modo de vida humana (Brêtas et al., 2006: 12).

Transferindo este conceito para a prática da enfermagem perioperatória, e ressaltando os objectivos e finalidades da prática dos cuidados perioperatórios, a AESOP (2006: 09) salienta que garantir a qualidade dos cuidados perioperatórios e dar visibilidade ao conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório são alguns desses objectivos e finalidades, partindo do pressuposto que no bloco operatório a pessoa é o centro das intervenções do enfermeiro, e é quem recebe os cuidados de qualidade de forma personalizada e adaptada às suas necessidades.

Os cuidados prestados pela enfermagem perioperatória são definidos segundo a AESOP (2006: 09) como “o conjunto de intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do utente intervencionado cirurgicamente (...)”.

Lima e Pinto (2014: 129) realçam que “a prática dos enfermeiros perioperatórios em cirurgia ambulatória constitui uma abordagem individualizada e personalizada, onde o planeamento das intervenções respeita integralmente as componentes física, psicológica, social e espiritual de cada utente”, o que torna este “paradigma sob a qual o enfermeiro perioperatório administra os cuidados ao utente ambulatório muito diferente daquele do utente de cirurgia convencional” (McEwen, 2008: 1055).

A implementação de intervenções de enfermagem perioperatória ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória é crucial. Assim, pode considerar-se que as intervenções de enfermagem à estes utentes se dividem em três fases (Lima e Pinto, 2014: 129): a primeira tem lugar no acto da marcação da intervenção cirúrgica, onde a identificação das necessidades e o ensino de enfermagem sobre os cuidados desempenham um papel fundamental; a segunda corresponde a todo o tempo de permanência do utente no bloco operatório; e a terceira corresponde ao ensino e controlo pós-operatório, visando o autocuidado e o seguimento pós-operatório.

No sentido de capacitar para o autocuidado, “a participação do utente e da pessoa significativa nos cuidados é fundamental, constituindo a pedra basilar de todo o processo de ensino” (Lima e Pinto, 2014: 130). Para isso é importante que “toda a informação seja cuidadosamente seleccionada e personalizada de acordo com as necessidades do utente e da pessoa significativa” (*Ibidem*), permitindo que estes “estejam preparados para as necessidades após a alta e a recuperação no domicílio” (McEwen, 2008: 1055).

As Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson – Modelo teórico

Para melhor organizar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória, recorreu-se ao Modelo Teórico de Virginia Henderson e as 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) para organizar os resultados da pesquisa. À medida que se identifica as intervenções de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório, vão sendo organizadas de forma descritiva no texto do trabalho, e no final de cada período são dispostas num quadro síntese de acordo com cada NHF.

Citando Henderson (2007: 07) “a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais”. É importante saber que “todas as pessoas têm necessidades comuns e perceber que estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variadas, em que não há dois iguais, o que limita a capacidade do enfermeiro na avaliação dessas necessidades” (*ibid.*: 08).

Para demonstrar como a própria função do enfermeiro está relacionada com os cuidados ou intervenções de enfermagem perioperatória, Henderson (2007: 03) fundamenta que para:

Planejar e executar o plano global de intervenções, quer seja para a melhoria da saúde, quer seja para a recuperação (...), todos os membros da equipa de enfermagem devem considerar o utente como o centro das intervenções, e consciencializar-se de que é uma pessoa que possui necessidades humanas fundamentais que devem ser avaliadas, e intervir de acordo com as mesmas.

Não obstante essa variedade de padrões, “os cuidados básicos de enfermagem, considerados como um serviço decorrente de uma análise das necessidades humanas, têm universalmente o mesmo significado” (*ibid.*: 10). Por outras palavras, “os cuidados são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada utente” (*Ibidem*).

Passando a referir as necessidades humanas fundamentais de todos os utentes, como componentes básicos de enfermagem, Henderson (2007: 15-16) enumera as seguintes:

- Respirar adequadamente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar por todas as vias de eliminação;
- Deslocar-se e manter uma boa postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição);
- Dormir e descansar;
- Seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente;
- Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos;
- Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros;
- Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos;
- Praticar de acordo com a sua fé;

- Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização
- Divertir-se ou participar em várias formas de recreação;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde.

As intervenções de enfermagem perioperatória no período pré-operatório de cirurgia ambulatória

As intervenções de enfermagem perioperatória no período pré-operatório da experiência cirúrgica do utente, “desenvolvem-se na consulta de enfermagem e no acolhimento do utente na UCA” (AESOP, 2006: 346). Estas intervenções têm como objectivos (*ibid.*: 09-10):

- Planear a presença do utente no bloco operatório dando resposta às suas necessidades;
- Decidir e tomar medidas antes da admissão do utente, personalizando os cuidados;
- Considerar as necessidades individuais do utente, do ponto de vista físico, psicológico, espiritual e social;
- Elaborar um plano de cuidados personalizados, pô-lo em prática e avaliá-lo, e
- Executar as intervenções de enfermagem de uma forma eficaz e efectiva.

A consulta de enfermagem em cirurgia ambulatória

Antes da realização da intervenção em cirurgia ambulatória é feita uma consulta de enfermagem, constituindo um requisito essencial na prestação dos cuidados ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória. Esta consulta “permite identificar e responder às expectativas e necessidades do utente, melhorando o conforto e a sua segurança” (Lima e Pinto, 2014: 130).

De acordo com a AESOP (2006: 346), Lima e Pinto (2014: 130) esta consulta tem como objectivos:

- Promover o contacto do utente com a equipa multidisciplinar;
- Proporcionar condições ideais para o esclarecimento do utente e da pessoa significativa sobre os cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatórios;
- Envolver a pessoa significativa no plano de assistência proposto;

- Efectuar o levantamento das necessidades física, psicológica, espiritual e social do utente de forma a planear os cuidados;
- Reforçar as informações prévias;
- Disponibilizar ao utente um conjunto de informações escritas (manual do utente, indicações dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios após a alta) de forma a consolidar o ensino efectuado na consulta médica de cirurgia;

A consulta de enfermagem “é vital para o sucesso da cirurgia ambulatória” (Timmins e McCabe, 2009: 54), e deve ser feita preferencialmente três semanas a um mês antes da intervenção cirúrgica (Lima e Pinto, 2014: 130; Marek e Boehnlein, 2010: 250). Constitui o “contacto inicial entre o utente e o enfermeiro” (Marek e Boehnlein, 2010: 250) permitindo estabelecer uma relação empática e de ajuda entre o enfermeiro, o utente e a pessoa significativa do utente (Marques, 2011: 25; AESOP, 2006: 346; IAAS, 2006: 157).

De igual modo esta consulta permite ao utente e a pessoa significativa, que assume a papel de cuidador responsável, conhecer o espaço físico onde fará o seu percurso perioperatório, nomeadamente a recuperação pós-anestésica e preparação para a alta, e receber as informações que necessita para o autocuidado (Lima e Pinto, 2014: 130; IAAS, 2006: 157; McEwen, 2008: 1055; Timmins e McCabe, 2009: 54). É importante ainda neste período que o enfermeiro valide a compressão da informação transmitida ao utente de forma a não deixar dúvidas.

Para a equipa de enfermagem perioperatória, esta consulta proporciona o momento ideal para conhecer o utente e a pessoa significativa. Ainda, segundo Lima e Pinto (2014: 130) a consulta de enfermagem “é um desafio para a equipa de enfermagem perioperatória e com ela pretende-se, para além de conhecer o utente, verificar os critérios de admissibilidade, transmitir segurança, fazer o ensino e prever as intervenções durante todos os períodos da experiência cirúrgica”.

Realçando mais uma vez a enorme importância da consulta de enfermagem para o utente que se pretende submeter a uma intervenção cirúrgica ambulatória, a Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (2008: 91) salienta que “para a maioria dos enfermeiros, 29% de todo o ensino ao utente é feito na consulta de enfermagem, e é o momento mais adequado para o fazer”.

É na consulta de enfermagem que o enfermeiro recolhe todas as informações importantes acerca da história social e história de saúde do utente. De igual modo, “identifica os factores que podem aumentar o risco cirúrgico ou anestésico, e maximiza a eficiência e a eficácia das intervenções de enfermagem perioperatória”(Timmins e McCabe, 2009: 53).

Tendo em consideração o que já se falou acerca da consulta de enfermagem, os aspectos nela a serem abordados, segundo salienta a IAAS (2006: 161), Australian Day Surgery Nurses Association (ADSNA, 2009: 17), Lima e Pinto (2014: 130-131), Marek e Boehnlein (2010: 250), McEwen (2008: 1055-1056), Timmins e McCabe (2009: 53,) incluem:

- Colheita de informação personalizada da história social (critérios sociais de admissibilidade): meio familiar e social, condições de habitabilidade, localização do domicílio, transporte e recursos existentes no domicílio, acompanhamento após a alta de um adulto responsável (pessoa significativa) assumindo o papel de seu principal cuidador nas próximas 24 horas e disponibilidade de apoio social;
- Colheita de informação personalizada da história de saúde (critérios clínicos de admissibilidade): alergias à alimentos, medicamentos e outros dispositivos e materiais cirúrgicos (látex, iodo, níquel), terapêutica medicamentosa, consumo de substâncias aditivas, consumo de tabaco e álcool, patologias associadas, experiências anteriores de cirurgia e anestesia, ansiedade, história de dor, náuseas e vômitos pós-operatórias e capacidade de realizar actividades de vida diária;
- Ensinos sobre a preparação e cuidados pré-operatórios: tempo e natureza da cirurgia, restrições de alimentos e líquidos antes da cirurgia, jejum pré-operatório, preparação da pele (tricotomia, caso necessário), providenciar informação escrita sobre a experiência cirúrgica, toma exclusiva da medicação prescrita, suspensão de terapêutica com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, artigos necessários a serem levados ao bloco operatório no dia da intervenção cirúrgica, apresentação do bloco operatório ao utente e a pessoa significativa e o tipo de vestuário à utilizar nesse espaço, explicar o circuito perioperatório e a hora da intervenção;

- Ensino sobre os cuidados pós-operatórios: limitações associadas a cirurgia, retoma da ingestão de alimentos e líquidos, deambulação, repouso e actividade física, cuidados com o penso e a ferida crúrgica, terapêutica analgésica prescrita, sinais e sintomas de complicações, providenciar informação escrita sobre os cuidados a ter no domicílio, vigilância e seguimento (*followup*) pós-operatório 24 horas depois da cirurgia e ao sétimo dia, assistência e encaminhamento pós-operatório perante a existência de complicações, e retoma da actividade diária normal.

Esta colheita de dados feita na consulta de enfermagem deve ser “documentada numa ficha (prontuário) que será usada no dia da cirurgia para impedir a duplicação de informações” (McEwen, 2006: 1056). Igualmente, a documentação desses dados nesta ficha servirá de guia para o enfermeiro que faz a admissão do utente na UCA no dia da intervenção cirúrgica.

O banho pré-operatório

Na atenção ao utente de cirurgia no período pré-operatório, a intervenção do enfermeiro passa pela responsabilidade da preparação da cirurgia, atendendo às necessidades do utente a ser intervencionado, assim como também atendendo às próprias necessidades advindas da intervenção cirúrgica. Para além da preparação psicológica e emocional, é importante o preparo físico do utente para o acto cirúrgico, sendo a higiene um aspecto muito importante a considerar. O ensino e as recomendações para o banho pré-operatório são feitas nessa consulta, sendo o momento ideal e mais oportuno para o fazer.

Neste sentido a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (CCIH, 2006: 01) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte enuncia as recomendações para o banho pré-operatório que devem estar englobadas no ensino feito pelo enfermeiro ao utente para a preparação cirúrgica.

Tais recomendações ao utente a terem com o banho pré-operatório incluem: tomar banho no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia 2 horas antes de ir ao hospital; ter em atenção o couro cabeludo e a higiene cuidada das unhas; incluir o uso de um antisséptico de acção residual (por exemplo, a clorohexidina a 4%, solução aquosa); o cabelo deve ir bem seco para a unidade de cirurgia ambulatoria e instruir o utente a higienizar de forma cuidada a cavidade oral (*Ibidem*).

A validação de todo “o processo da higiene pré-operatória do utente deve ser um aspecto a ser avaliado pelo enfermeiro que faz a admissão do utente na UCA, de forma a despistar potenciais ameaças e perigos para o ambiente cirúrgico e factores que possam contribuir para a infecção do local cirúrgico” (CCIH, 2006: 02).

O jejum pré-operatório

Referido por Aguilar-Nascimento, Perrone e Prado (2009: 350) “o jejum pré-operatório foi instituído quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares, para prevenir complicações pulmonares associadas a vômitos e aspiração do conteúdo gástrico”. A razão dessa rotina é “garantir o esvaziamento gástrico e evitar a broncoaspiração no momento da indução anestésica, conhecido como a síndrome de Mendelson, manifestada por cianose, taquicardia e taquipnéia” (*Ibidem*).

No entanto, segundo Ludwig, Paludo, Fernandes e Scherer (2013: 55) “a broncoaspiração actualmente é pouco frequente, mas exige intervenções especiais para a sua prevenção”, sendo a instituição do jejum pré-operatório a principal medida preventiva.

De acordo com Aguilar-Nascimento et al. (2009: 350) “existe uma corrente que questiona os benefícios do jejum pré-operatório de seis a oito horas como forma de evitar as complicações da anestesia, nomeadamente a broncoaspiração, durante a indução anestésica”. Nesta dinâmica, Ludwig et al. (2013: 55) enaltecem que “as novas diretrizes baseadas em evidências que foram publicadas nos últimos anos por países como os EUA, Canadá e na Europa recomendam a diminuição do tempo de jejum pré-operatório com líquidos claros e bebidas ricas em hidratos de carbono até duas horas antes da anestesia”.

Alguns riscos associados ao longo período de jejum pré-operatório, apontados por Aguilar-Nascimento et al. (2009: 351) e Ludwig et al. (2013: 55) são “a resistência metabólica à insulina por um período de três semanas após a intervenção cirúrgica, e a agressão da parede gástrica devido ao aumento da sua acidez”.

Assim, Aguilar-Nascimento et al. (2009: 352) e Ludwig et al. (2013: 55) frisam a importância da participação dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros perioperatórios pela modificação de rotinas que envolve essa mudança de paradigma de jejum pré-operatório, fazendo o ensino pré-operatório aos utentes para a abreviação do jejum pré-operatório com solução enriquecida em hidratos de carbono até duas horas antes da intervenção cirúrgica, no entanto, mantendo a regra do jejum para sólidos por um período de seis a oito horas.

A importância dessa prática, como refere Aguilar-Nascimento et al. (2009: 352) “mostra não apenas segura, mas também essencial para a recuperação mais rápida do trauma cirúrgico a que o utente foi submetido durante a sua experiência cirúrgica”.

Sintetizando, Ludwig et al. (2013: 56) ressaltam o facto de num estudo realizado recentemente, não ter identificado o risco de aspiração associada a anestesia, realizada em utentes que ingeriram bebida rica em hidratos de carbono duas horas antes da indução anestésica.

A tricotomia pré-operatória

Conforme afirma Gebrim, Melchior, Amaral, Barreto e Palos (2014: 266), “a tricotomia no pré-operatório está inserida como um elemento que pode interferir na qualidade da assistência do utente no perioperatório”. O uso da tricotomia consiste na “remoção de pêlos da área circunscrita à incisão cirúrgica com auxílio de dispositivos cortantes, no período pré-operatório” (Gebrim et al., 2014: 266), e é “um importante factor para a prevenção do aparecimento da infecção do local cirúrgico” (CCIH, 2006: 02).

Salientada, ainda por Gebrim et al. (2014: 266):

A tricotomia, apesar de desnecessária em várias cirurgias, ainda é utilizada em alguns casos visando à visualização do campo operatório. A sua opção deve ser avaliada criteriosamente e quando necessária, a remoção dos pêlos do local da incisão deve ser realizada até duas horas antes da cirurgia, no período pré-operatório imediato, com tricotomizadores eléctricos, considerando o volume dos pêlos, local da incisão e o tipo de intervenção cirúrgica.

Por outro lado, a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH, 2006: 02) afirma que, “há evidências de que, quanto menor o tempo entre a realização da tricotomia e o ato cirúrgico, menor o risco de colonização da ferida cirúrgica e eventual infecção”.

Para a realização da tricotomia, recomenda-se o uso de tricotomizadores eléctricos, pois estes diminuem o risco de microlesões à pele do utente, uma vez que o uso de material inadequado para a tricotomia, tal como lâminas e bisturis, pode causar danos nas camadas profundas da pele, nomeadamente, as microlesões e sangramentos, podendo levar à exsudação do local a ser operado (Gebrim et al., 2014: 271). “Devido ao risco do comprometimento da integridade do local cirúrgico, a tricotomia não deve ser feita em casa pelo próprio utente” (*Ibidem*).

De acordo com a CCIH (2006: 02) a tricotomia deve ser feita pelo enfermeiro perioperatório só quando “estritamente necessário numa área menos extensa possível, imediatamente antes da cirurgia e com o tricotomizador eléctrico, tendo em especial atenção o cuidado para não lesar a pele do utente”.

A admissão do utente: intervenções de enfermagem perioperatória

Para a AESOP (2006: 10), “os cuidados pré-operatórios no acolhimento ou admissão do utente na UCA emanam os objectivos de garantir a integridade física e psicológica do utente, e posicionar o utente tendo em conta os critérios de segurança físicos e psicológicos”.

Segundo McEwen (2008: 1056), “no dia da intervenção cirúrgica depois da admissão do utente na UCA, ele e o acompanhante devem receber orientações sobre o espaço físico e ser-lhes explicada a sequência de eventos esperados”. “O utente deve guardar a sua roupa de casa e outros pertences, e colocar o vestuário utilizado na UCA, dirigindo-se posteriormente à sala de acolhimento ou admissão pré-operatória” (*ibid.*: 1056).

No momento da admissão o enfermeiro perioperatório deve estabelecer uma relação empática e terapêutica como o utente. A validação do ensino feito na consulta de enfermagem, bem como o conhecimento e o consentimento informado relativamente a intervenção cirúrgica que vai ser realizada deve ser feita de modo que o utente seja capaz de expressar quaisquer necessidades não detectadas na consulta de enfermagem (AESOP, 2006: 346-347).

Depois de o enfermeiro perioperatório fazer a admissão do utente na unidade e confirmar a sua identidade, faz uma avaliação pré-operatória precisa e séria que, se em complementaridade com a orientação do utente e da pessoa significativa, pode resultar num bom atendimento e satisfação dos envolvidos, reduzindo consequentemente o atraso e o risco de cancelamento da intervenção cirúrgica (McEwen, 2008: 1056; IAAS, 2006: 157).

Esta avaliação pré-operatória, segundo a IAAS (2006: 157-158) visa assegurar que:

- O utente esteja preparado para a cirurgia ambulatoria;
- O utente esteja clinicamente apto para a cirurgia e a anestesia, e que os riscos sejam mínimos como resultado da correta preparação;
- O utente conhece e compreendeu os cuidados pré e pós-operatórios, incluindo as recomendações de jejum pré-operatório e os medicamentos a serem tomados ou descontinuados;

- O utente conhece e compreende os propósitos da cirurgia e da anestesia e que consente em ser intervencionado cirurgicamente;
- O utente recebeu e compreende as informações escritas sobre os aspectos da intervenção cirúrgica ambulatoria;
- O procedimento cirúrgico foi agendado e confirmado com o utente;
- O cuidador (pessoa significativa) está totalmente informado sobre o processo de cirurgia e compromete-se em acompanhar o utente para o domicílio;
- A assistência ao utente no domicílio esteja garantida, caso necessita;
- Os níveis de ansiedade e medo do utente relativamente a experiência cirúrgica estão minimizados.

Neste momento o utente já deve estar bem informado sobre o que vai-lhe acontecer durante a sua experiência cirúrgica na UCA. Contudo “informações processuais e adicionais devem ser fornecidas, embora a ênfase principal neste momento envolva a repetição e o reforço das informações-chave para o suporte e a redução da ansiedade (*ibid.*: 167).

Ainda nesta fase, de acordo com McEwen (2008: 1056-1057), ADSNA (2009: 22), Timmins e McCabe (2009: 37) o enfermeiro perioperatório deve obter e documentar alguns parâmetros de avaliação relativamente ao utente, nomeadamente:

- Avaliar os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e dor) ;
- Avaliar a ansiedade, comportamento físico e psicossocial do utente, e apreensão relacionados com a intervenção cirúrgica;
- Avaliar os conhecimentos relativamente a cirurgia, recuperação e cuidados pós-operatórios;
- Avaliar a presença de próteses dentárias;
- Puncionar um acesso venoso periférico;
- Retirar adornos, *piercing* e aparelhos auditivos;
- Administrar a medicação pré-operatória prescrita;
- Fazer o desenvolvimento de um plano apropriado de intervenções;
- Verificar se o consentimento informado para a realização da intervenção cirúrgica foi devidamente assinada pelo utente.

A ansiedade no pré-operatório

Citando Marek e Boehnlein (2010: 248), a ansiedade é uma resposta de adaptação normal ao estresse e pode ocorrer em qualquer período ao longo do perioperatório, potencializada pela expectativa da cirurgia iminente, a dor e o desconforto, as alterações na imagem corporal, as preocupações familiares, ou as potenciais alterações no estilo de vida do utente.

Frequentemente, “as manifestações comuns da ansiedade incluem o aumento da frequência cardíaca e respiratória e o aumento da pressão arterial” (Marek e Boehnlein, 2010: 248). “Os níveis elevados de ansiedade podem interferir com a capacidade do utente em tomar decisões informadas e diminuir os mecanismos de *coping* eficazes” (*Ibidem*).

Como refere Timmins e McCabe (2009: 34) o enfermeiro que trabalha em cirurgia ambulatória tem um papel distinto no que diz respeito a gestão da ansiedade e propõem um plano de intervenções na gestão da ansiedade para ser utilizado em conjunto com um programa estruturado de prestação de informações, abrangendo o apoio psicológico desde a admissão até a alta do utente.

Neste sentido, Razera e Braga (2010: 633) acrescentam que as intervenções de enfermagem perioperatória devem ser como “um acto de interacção, com intervenções dirigidas ao utente e com ele compartilhadas, envolvendo o diálogo, o apoio e o conforto, esclarecendo dúvidas e cultivando a sensibilidade e a valorização do ser”.

Como forma de reduzir a ansiedade durante toda a experiência cirúrgica do utente é primordial que o enfermeiro estabeleça um plano de intervenções e crie estratégias para proporcionar o conforto e a estabilidade do utente, e garantir a sua satisfação com as intervenções em todos os períodos do perioperatório.

Rhodes, Miles e Pearson (2006: 185) apontam algumas recomendações adicionais para reduzir a ansiedade do utente no dia da cirurgia. Estas recomendações incluem:

- Realizar a consulta pré-operatória (pré-admissão) como forma de garantir o primeiro contacto do utente com a equipa multidisciplinar, fornecendo toda a informação relevante e específica sobre a intervenção cirúrgica, informações sobre a sua admissão no dia da cirurgia, bem como os cuidados após a alta. De igual modo deve proporcionar ao utente a oportunidade de expressar os seus anseios, medos, dúvidas e preocupações;
- Encorajar o utente a trazer itens de distração pessoal, como livros, revistas e dispositivos de música personalizada no dia da intervenção cirúrgica;

- Reduzir o tempo de admissão pré-operatório e de espera no dia da intervenção cirúrgica;
- Proporcionar um ambiente pré-operatório confortável, com cadeirões confortáveis, boa temperatura, iluminação adequada, decoração agradável e com itens de distração, como revistas, jornais e televisão;
- Manter a dignidade, a individualização e a personalização dos cuidados prestados;
- Apresentar ao utente e interagir com ele, tratando-o pelo nome preferido;
- Melhorar as habilidades de comunicação, ouvir o utente e explicar todos os aspectos dos cuidados a receber durante todos os períodos do perioperatório;
- Fornecer o suporte e a assistência ao utente nas suas necessidades pontuais;
- Fornecer um mecanismo de resposta para que os utentes relatem sobre sua satisfação de atendimento na UCA;
- Organizar reuniões com o *staff* da UCA, de forma a incentivar todos os membros da equipa multidisciplinar a se envolverem na melhoria da satisfação do utente.

Fundamentado ainda por Marek e Boehnlein (2010: 255) “antes da cirurgia e durante a experiência cirúrgica a pessoa significativa pode estar mais ansioso do que o utente, possivelmente devido a sentimentos de impotência e incapacidade”. Para reduzir ou aliviar essa ansiedade, Fox (2008: 286) propõe que o enfermeiro perioperatório interaja com essa pessoa e se comunica com um tom de voz calmo e rítmico, descreva os benefícios e o motivo do tratamento cirúrgico, envolva a pessoa no processo de saúde do utente, assegure que ela sabe o tempo aproximado da duração da intervenção cirúrgica e faça com que se familiarize com a área da sala de espera da UCA.

A pré-medicação no pré-operatório

Para Marek e Boehnlein (2010: 269), “antes de administrar a pré-medicação o enfermeiro deve certificar-se que o utente deu o seu consentimento informado para a realização da cirurgia”. Quando “inclui fármacos com acção sedativa, o enfermeiro deve manter o utente na cama e elevar as grades laterais para a sua segurança” (*Ibid.*: 269).

A antibioterapia profiláctica como pré-medicação objectiva a prevenção da infecção cirúrgica e antes da sua administração o enfermeiro deve fazer a anamnese e a avaliação inicial ao utente, para despistar possíveis reacções alérgicas medicamentosa (Marek e Boehnlein, 2010: 250). Defende McEwen (2008: 236) que “a antibioterapia profiláctica deve ser administrada por via endovenosa uma hora antes da incisão da pele”.

O quadro seguinte foi elaborado de forma a apresentar uma síntese das intervenções de enfermagem no pré-operatório da cirurgia ambulatória.

14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virginia Henderson (2007)	Intervenções de enfermagem no período pré-operatório da cirurgia ambulatória
1. Respirar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a frequência, ritmo, padrão e amplitude da respiração; • Avaliar a frequência, ritmo, e amplitude da pulsação; • Avaliar a tensão arterial.
2. Comer e beber	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o utente para o jejum pré-operatório de seis a oito horas para sólidos e de duas horas para líquidos; • Incentivar a ingestão de bebidas ricas em hidratos de carbono duas horas antes da intervenção cirúrgica.
3. Eliminar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o padrão de eliminação intestinal e vesical do utente antes da intervenção cirúrgica.
4. Deslocar e manter boa postura corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o ensino sobre a posição adequada a manter no período pós-operatório de acordo com as necessidades e o tipo de cirurgia.
5. Dormir e descansar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de ansiedade; • Perguntar sobre o uso de fármacos sedativo-hipnóticos para promover e estimular o sono.
6. Vestir-se e despir-se	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar a roupa caseira, sapato e adornos, <i>piercings</i> e aparelhos auditivos; • Vestir a roupa utilizada na UCA e outros acessórios (touca, socos);

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre o tipo de roupa a utilizar no período pós-operatório.
7. Manter a temperatura corporal normal	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o conforto na admissão do utente no período pré-operatório; • Avaliar a temperatura corporal.
8. Manter o corpo limpo e proteger os tegumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre o banho pré-operatório e a higiene cuidada das unhas e do couro cabeludo; • Avaliar a higiene oral e a presença de próteses dentárias; • Avaliar a higiene pessoal do utente, a presença de verniz nas unhas e se secou bem o cabelo; • Avaliar a pele do utente com o objectivo de despistar a presença de infecção local e lesões mucocutâneas.
9. Evitar perigos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a tricotomia do local da incisão, caso sejanecessária (por exemplo nas herniorrafias inguinais); • Proporcionar um ambiente pré-operatório com iluminação adequada.
10. Comunicar	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar de forma assertiva com o utente e a pessoa significativa de forma a proporcionar o apoio psicológico e o alívio da ansiedade e do estresse; • Proporcionar ao utente e a pessoa significativa a oportunidade de expressar dúvidas e preocupações;

	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o diálogo com o utente e a pessoa significativa tendo em conta a valorização do ser e a partilha de experiências.
11. Praticar a religião	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as crenças e a religião do utente e da pessoa significativa; • Proporcionar o apoio emocional e espiritual.
12. Realizar-se e sentir útil	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecerum mecanismo de resposta para que o utente expressa sobre a suasatisfação doatendimentona UCA; • Respeitar a privacidade do utente; • Porporcionar um ambiente confortável para a pessoa significativa do utente; • Fornecer o suporte e a assistência para a satisfação das necessidades pontuais do utente; • Prestar os cuidados de forma individualizada, personalizada, e com dignidade humana; • Envolver a pessoa signitcativa no processo de saúde do utente.
13. Divertir / Recreação	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar um ambiente pré-operatório calmo e com materiais de distracção como jornais, revistas e televisão; • Encorajar o utente para trazer itens de distracção pessoal como livros, revistas e dispositivos de música personalizada;

	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a distração da pessoa significativa na sala de espera com recurso a jornais, jogos, revistas e televisão.
14. Aprender	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o utente e a pessoa significativa sobre a intervenção cirúrgica, o atendimento pré-operatório na admissão e sobre os cuidados pós-operatórios a ter no domicílio; • Avaliar a percepção do utente e da pessoa significativa quanto a intervenção cirúrgica a ser submetido e os cuidados pós-operatórios após a alta.

Observação: Elaboração própria do discente.

As intervenções de enfermagem perioperatória no período pós-operatório de cirurgia ambulatoria

Os objectivos dos cuidados de enfermagem no pós-operatório são, conforme a AESOP (2006: 10) “avaliar no final da cirurgia se o bem-estar e a segurança do utente foram respeitados, e avaliar se os objectivos das intervenções foram atingidos, comparando-os com os previamente definidos”.

Recuperação pós-anestésica

A recuperação “é um processo contínuo que começa como fim dos cuidados intra-operatórios, continuando imediatamente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) até que o utente retorna ao seu estado fisiológico pré-operatório, de forma a obter a alta hospitalar” (IAAS, 2006: 241; AESOP, 2006: 155; Marek e Boehnlein, 2010: 311).

Este processo é de acordo com a IAAS (2006: 241) dividido em 3 fases: a recuperação inicial, à partir da descontinuação dos agentes anestésicos até a recuperação dos reflexos protectores e da função motora; a recuperação intermediária, quando o utente apresenta os critérios de alta; e a recuperação tardia, quando se dá o retorno do utente para o seu estado fisiológico pré-operatório.

Já McEwen (2008: 1058) fundamenta que “a cirurgia ambulatoria possui um período de recuperação rápido, que inclui duas fases distintas. A primeira fase consiste na recuperação da anestesia, e a segunda permite a readaptação ao ambiente pós-operatório”.

Como forma de garantir a prestação dos cuidados, ou a realização das intervenções de enfermagem perioperatória de qualidade nesse período, o enfermeiro perioperatório deve ter competências específicas nessa área de cuidados. “O enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados prestados, do espaço e do equipamento disponível na UCPA” (AESOP, 2006: 159).

As competências específicas do enfermeiro perioperatório na UCPA são, segundo a AESOP (2006: 159), as seguintes:

- Conhecer as intervenções cirúrgicas;
- Conhecer as técnicas e agentes anestésicos;
- Conhecer as complicações e incidentes anestésico-cirúrgicos possíveis;
- Ter boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões e calma na actuação;
- Ter capacidade de adaptação a novas situações.

A AESOP (2006: 347) argumenta que “o utente permanecerá na UCPA o tempo necessário ao restabelecimento das funções vitais, de acordo com o tipo de cirurgia e de anestesia realizada”. Argumenta ainda a AESOP (2006: 155) que “durante este período de tempo crítico, o utente conjuga os riscos associados à administração dos fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica em si, com tudo o que ela implica de agressão para o organismo”.

Neste período “o foco dos cuidados de enfermagem perioperatória é ajudar o utente a retomar o óptimo funcionamento o mais rápido possível” (IAAS, 2006: 244), minimizando o potencial de complicações pós-operatórias e iniciar o planeamento da alta (Marek e Boehnlein, 2010: 311, Razera e Braga, 2010: 633).

Nesta perspectiva dos cuidados de enfermagem pós-operatórios na UCPA, Marques (2011: 24-25) acrescenta que “as principais intervenções do enfermeiro focalizam-se no conforto e segurança do utente, assegurando a sua estabilidade hemodinâmica e controlo da dor, as náuseas e os vómitos”. Paralelamente, os objectivos dos cuidados de enfermagem são garantir a recuperação de forma segura, prevenir, identificar e responder as complicações que podem resultar da anestesia (Mata, Ferreira e Carvalho, 2013: 411; Popov e Peniche, 2008: 954).

Na primeira fase de recuperação da anestesia, faz-se uma avaliação inicial do estado físico e psicológico através da colheita de dados do utente. Essa avaliação é feita pelo enfermeiro da unidade, e os principais dados à colher são os elementos relativos ao utente (nome, idade, sexo, diagnóstico), a intervenção cirúrgica realizada e eventuais complicações cirúrgicas, assim como o procedimento anestésico (técnica anestésica, agentes anestésicos utilizados, terapêutica de reversão anestésica, complicações anestésicas intra-operatórias) e as ocorrências intra-operatórias, tais como os sinais vitais, fluidos administrados ou eliminados, terapêutica adjuvante e antibioterapia (AESOP, 2006: 161).

Os dados relativamente ao procedimento cirúrgico e anestésico e as ocorrências intra-operatórias são recebidos e documentados pelo enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos, através do “relatório verbal do enfermeiro circulante, da anesthesiologista e do cirurgião” (Marek e Boehnlein, 2010: 314).

Após a monitorização do utente segue a “observação do estado emocional (calmo, colaborante, agitado, agressivo ou ansioso), de consciência (sonolento, vígil, consciente) e de orientação (no tempo, no espaço e quanto a si mesmo) do utente, através da reacção do mesmo à estimulação verbal ou táctil” (Xavier e Carrilho, 2014: 116).

Inicia-se assim “a avaliação física pós-anestésica, em que os parâmetros mais comuns a serem avaliados incluem: a respiração, circulação, cor da pele e nível de actividade voluntária, em intervalos de tempo frequentes” (McEwen, 2008: 1058; Marek e Boehnlein, 2010: 314). “O enfermeiro deve centrar os cuidados de enfermagem na manutenção da ventilação e circulação, na manutenção da oxigenação e do nível de consciência, na prevenção do choque e no controlo da dor” (Marek e Boehnlein, 2010: 314; Popov e Peniche, 2008: 954).

Ainda sobre as intervenções de enfermagem perioperatória na UCPA, autores como McEwen (2008: 1058), Marek e Boehnlein (2010: 315), Timmins e McCabe (2009: 37-38) enumeram algumas intervenções do enfermeiro nessa primeira fase da recuperação pós-anestésica, nomeadamente:

- Monitorização dos sinais vitais e da existência de edemas;
- Avaliação da necessidade de oxigenoterapia e outras terapêuticas adjacentes;
- Avaliação as condições dos drenos, sondas, cateteres e acessos intravenosos, assim como avaliar a cor e condições da pele;
- Avaliação das condições do curativo da ferida cirúrgica;
- Avaliação da deglutição através da ingestão de água e alimentos, bem como a avaliação da tolerância gástrica à estes;
- Interação com a pessoa significativa do utente reforçando o ensino sobre os cuidados a terem após a alta.

A ferida cirúrgica

Como o nome indica, “a ferida cirúrgica é aquela causada por uma incisão cirúrgica no momento da cirurgia” (McEwen, 2008: 228). “A sua cicatrização depende muito do estado nutricional, em virtude do suprimento adequado de proteína necessário para o crescimento de novos tecidos, da oxigenação e o poder geral de recuperação para a sua reparação e cicatrização” (*ibid.*: 232).

A causa mais comum na demora do processo fisiológico da cicatrização da ferida cirúrgica é a infecção. “Para prevenir a infecção é comumente feito um penso sobre a ferida para assegurar a sua integridade e prevenir o contacto com agente físicos e biológicos que podem causar a infecção” (*Ibidem*).

Segundo Xavier e Carrilho (2014: 177), “as intervenções de enfermagem perioperatória à ferida e o respectivo penso cirúrgico emanam da vigilância frequente sobre o penso, em que o enfermeiro perioperatório deve registar a sua localização, e se encontra limpo, seco ou repassado”.

Para Marek e Boehnlein (2010: 327) ainda “devido ao risco de hemorragia com o restabelecimento do fluxo sanguíneo ao local cirúrgico, reforça que é necessário avaliar de forma cuidadosa o penso e os sistemas de drenagem para despistar uma hemorragia local”. “Quando se nota drenagem hemática no penso, o enfermeiro pode delimitar a quantidade com um caneta e avaliar em intervalos de dez a quinze minutos. Se necessário pode aplicar um penso compressivo sobre o penso já existente” (*ibid.*: 338).

Em caso de evisceração ou deiscência da ferida cirúrgica na região abdominal o enfermeiro deve manter o utente colocado na posição semi-fowler, imóvel e instruído para não tossir, cobrir as vísceras em protusão com compressas embebidas em soro fisiológico morno, e avisar imediatamente o cirurgião sobre tais complicações (Marek e Boehnlein, 2010: 338).

É importante também que o enfermeiro perioperatório “avalie a presença de edema local na ferida cirúrgica” (Liporaci, 2006: 01). “O edema pós-operatório é uma reacção normal do organismo, e atinge o pico máximo às quarenta e oito horas depois da cirurgia” (*Ibidem*). Além dos anti-inflamatórios que, geralmente, são prescritos, “deve ser aplicado gelo húmido na face sobre a área cirúrgica por quinze minutos em intervalos de uma hora, nas primeiras doze horas após a cirurgia, uma vez que ajuda a reduzir o edema e a trazer mais conforto ao utente” (*Ibidem*).

A alimentação no pós-operatório

De facto e conforme afirma Frutuoso (2010: 617) “a nutrição do utente cirúrgico é uma componente essencial das intervenções de enfermagem perioperatória, (...) uma vez que o utente precisa de suporte nutricional depois de ser submetido ao traumatismo cirúrgico”.

Não obstante, Ludwig et al. (2013: 57) salientam o facto da “alimentação oral no pós-operatório ser tradicionalmente suspensa até o retorno da função intestinal, devido ao risco de graves vómitos, íleo paralítico, pneumonia por aspiração subsequente e deiscência da ferida cirúrgica”.

Assim, “é importante o enfermeiro na UCPA avaliar o abdómen, o peristaltismo intestinal e averiguar se o utente está ou não nauseado antes de iniciar qualquer ingestão de alimentos neste período” (Frutuoso, 2010: 617).

No entanto, actualmente, de acordo com o que é fundamentado por Frutuoso (2010: 617) “o início precoce da alimentação no pós-operatório é considerado seguro e associado ao internamento mais curto, ainda que com um risco maior de produzir náuseas”. “Essa necessidade de iniciar a alimentação deve ser considerada de acordo com o número de horas de jejum pré-operatório, e antes de qualquer sinal de deterioração do suporte nutricional” (*Ibidem*).

Segundo é argumentado por Ludwig et al. (2013: 58) cabe à equipa multidisciplinar, principalmente o enfermeiro perioperatório, “encorajar o utente para aderir a alimentação pós-operatória, ainda mesmo na UCPA, iniciando com a ingestão de líquidos e posteriormente fornecendo alimentos de maior consistência, porém de leve consistência”. A nutrição adequada do utente cirúrgico é fundamental para a “boa evolução clínica, resultando na redução das complicações pós-operatórias e favorecendo a cicatrização da incisão cirúrgica” (*Ibidem*).

As náuseas e os vómitos no pós-operatório

Uma das manifestações mais frequentes na recuperação pós-anestésica são as náuseas e os vómitos, geralmente associados à anestesia (Pompeo, Nicolussi, Galvão e Sawada, 2007: 192), e a principal causa de insatisfação por parte dos utentes (Lemos, Monteiro, Fonseca e Regalado, 2008: 336; Marek e Boehnlein, 2010, 333).

É uma complicação que pode retardar a recuperação e a alta do utente, uma vez não apresentando melhoria clínica “leva a necessidade de internamento hospitalar do utente após a intervenção cirúrgica ambulatoria, tornando-se uma preocupação para o enfermeiro na UCPA” (Pompeo et al., 2007: 192).

Para Pompeo et al. (2010: 334) na prática clínica, as intervenções do enfermeiro perioperatório consistem na “administração de agentes antieméticos, prescritos pelo anesthesiologista, e a prevenção da aspiração do conteúdo gástrico, elevando a cabeceira da cama 30° a 45°, se não contra-indicado, e lateralizar a cabeça do utente”.

Marek e Boehnlein (2010: 334) apontam outras intervenções do enfermeiro na prevenção das náuseas e vômitos no pós-operatório, inclusive o uso da acupuntura (a acupuntura do P6 - pericárdio - no pulso é uma terapia alternativa, embora com resultados não conclusivos), posicionar o utente em decúbito lateral e incentivar a chupar pedaços de gelo, e oferecer líquidos claros ou pequenas quantidades de alimentos secos e sólidos, quando os vômitos tiverem parado.

De igual modo, são intervenções importantes de enfermagem perioperatória ter o “cuidado com a higiene oral para remover os odores e paladar desagradáveis e proporcionar a distração e relaxamento com música, fazer e registar o balanço hídrico, e incentivar o utente a retomar a dieta gradualmente, aumentando a ingestão dentro dos limites da sua tolerância” (*Ibidem*).

Em caso de vômitos abundantes deve “evitar os movimentos bruscos do utente e posicioná-lo de forma a prevenir a aspiração do conteúdo gástrico” (Xavier e Carrilho, 2014: 119). O enfermeiro deve aspirar as secreções caso o utente não seja capaz de as expelir, estimular a recuperação dos reflexos de deglutição e tosse, posicionar o utente de forma a melhorar a ventilação e a drenagem das secreções com a cabeceira elevada a 30°, se não for contra-indicada, incentivar o utente e respirar profundamente e administrar oxigenoterapia humidificada de forma a fluidificar as secreções e aumentar o aporte de oxigénio (*ibid.*: 118).

Segundo é afirmado por Lemos et al. (2008: 338) “a eliminação das náuseas e vômitos no pós-operatório é hoje considerado pelos utentes como um importante factor a valorizar no período pós-operatório e um indicador importante do seu grau de satisfação”.

A dor no pós-operatório

A dor é o “principal sintoma e sinal de desconforto pós-operatório” (Rosén, Bergh, Lundman e Martensson, 2010: 01; Mata et al., 2013: 411), resultante do “traumatismo de tecidos durante a cirurgia por corte, extracção e manipulação de tecidos e órgãos” (Marek e Boehnlein, 2010: 330).

Essa dor “está directamente ligada ferida operatória” (Rosén et al., 2010: 04), pelo que “o controlo e alívio rápido da dor emergem de uma acção fundamental nas intervenções de enfermagem, caracterizando-a (localização, padrão, descrição e intensidade) utilizando uma escala numérica de dor de zero a dez” (Xavier e Carrilho, 2014: 117).

Uma abordagem padronizada no “controlo da dor pós-operatória, inclui o seu tratamento com anti-inflamatórios não-esteróides” (Timmins e McCabe, 2009: 35), “administrados e prescritos regularmente pelo anestesiológista” (Mata et al., 2013: 411). O enfermeiro por sua vez “deve ajustar a dose e a hora da terapêutica até conseguir o alívio satisfatório da dor” (Marek e Boehnlein, 2010: 330) e “registar a terapêutica administrada, assim como a reacção do utente à analgesia” (Xavier e Carrilho, 2014, 117).

Marek e Boehnlein (2010: 330) acrescentam que “uma técnica comum utilizada em cirurgia ambulatória é a infiltração da ferida operatória com anestésicos locais”. “Outros métodos não-farmacológicos eficazes no controlo da dor que são intervenções próprias da enfermagem perioperatória são o posicionamento confortável do utente, a aplicação de gelo no local cirúrgico, as técnicas de relaxamento muscular, a massoterapia e a musicoterapia” (*ibid.*: 332).

Intervenções de enfermagem na anestesia geral

A anestesia geral apresenta como complicações “a diminuição da força muscular, a inflamação da orofaringe devido ao uso da máscara laríngea, as náuseas e os vómitos, a sonolência profunda e a confusão mental” (Marek e Boehnlein, 2010: 318). Pelo facto do utente estar sonolento e com a capacidade de resposta e decisão alterada, e não poder defender dos agentes agressores físicos, o enfermeiro é responsável pela manutenção da segurança do utente até que seja capaz de o fazer por si próprio.

Neste sentido, Odom-Forren (2008: 252) delinea as seguintes linhas de intervenções do enfermeiro com o utente submetido a anestesia geral:

- Monitorizar os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiratória, tensão arterial e dor), com recurso a um monitor com electrocardiograma e oximetria de pulso;
- Antecipar e prevenir as possíveis complicações da anestesia geral, e alertar antecipadamente o anestesista;
- Proceder a algaliação em caso de retenção urinária ou de incontinência urinária;
- Manter o tubo de Guedel na boca do utente enquanto estiver sonolento e inconsciente;
- Manter as grades laterais da cama elevadas para garantir a segurança do utente;~
- Avaliar a condição respiratória do utente quando entra na UCPA e hiper-estender a mandíbula;

- Avaliar o nível de consciência do utente;
- Assegurar a privacidade do utente;
- Administrar oxigénio húmido, e avaliar a necessidade da sua continuação;
- Elevar a cabeceira da cama em 30°, se não houver contra-indicação;
- Manter a permeabilidade dos cateteres intravenosos;
- Manter o utente normotérmico, se possível com recurso a um aquecedor eléctrico (36° C);
- Avaliar a circulação periférica e posicionar o utente de forma confortável;
- Vigiar débito urinário, caso estiver aliado, e drenos.

Intervenções de enfermagem na raquianestesia

Segundo a IAAS (2006: 249) “a raquianestesia apresenta como principais vantagens o melhor controlo da dor pós-operatória, o risco mínimo de náuseas e vômitos e o facto de o utente poder ter alta mais rapidamente”. No entanto, pode apresentar complicações que devem ser alvo de vigilância e intervenções especiais por parte do enfermeiro perioperatório, para além dos cuidados gerais na recuperação pós-anestésica.

Algumas das complicações mais importantes citadas por Branco (2010: 18) são “a cefaleia, a hipotensão arterial e a retenção urinária”. A IAAS (2006: 250) afirma que “a cefaleia é um importante factor que limita a utilização da raquianestesia, embora seja muito comumente utilizada em cirurgia ambulatoria”.

Branco (2010: 18) argumenta que “a cefaleia ocorre como uma complicação pós-anestésica devido ao uso de agulhas de grande calibre e o extravasamento do líquido céfalo-raquidiano através do local da punção da agulha”. As medidas que devem ser tomadas pelo enfermeiro perioperatório para prevenir e tratar a cefaleia incluem “a manutenção do utente em decúbito dorsal com a cabeceira da cama abaixada, promover e manter a hidratação do utente e administrar a terapêutica analgésica caso esteja prescrita” (*Ibidem*).

Devido ao bloqueio sensitivo-motor nos membros inferiores no utente submetido a raquianestesia, conforme afirma a IAAS (2006: 250), Xavier e Carrilho (2014: 117) antes de permitir ou auxiliar o utente a deambular, é crucial o enfermeiro avaliar a reversão desse bloqueio. “Os critérios adequados para que o enfermeiro tenha a certeza de que ocorreu a reversão total do bloqueio incluem: a sensação perineal normal, a flexão plantar do pé, e a propriocepção dos háluxs dos pés” (IAAS, 2006: 250).

Caso o utente esteja recuperado totalmente do bloqueio, inicia-se a mobilização do utente e o enfermeiro deve “estimular a sua deambulação na UCPA, sendo o levante feito sob supervisão, assim como a ida à casa de banho, no sentido de despistar uma possível resposta vasovagal” (Marques, 2011: 25).

A hipotensão arterial na raquianestesia é provocada pela “vasodilatação causada pelos fármacos ou agentes anestésicos locais, e é manifesta através de taquicardia, oligúria, palidez dos membros inferiores, confusão mental e agitação” (Marek e Boehnlein, 2010: 317). “As intervenções de enfermagem incluem vigiar e detectar precocemente as alterações hemodinâmicas (sudorese, pele fria, mal-estar geral, taquicardia, oligúria), avaliar a instalação do bloqueio sensitivo-motor e informar o cirurgião e o anestesiológista sobre os dados objectivos da avaliação” (*Ibidem*).

A retenção urinária no pós-operatório

Para Marek e Boehnlein (2010: 326), a retenção urinária pós-operatória “caracteriza-se por uma incapacidade de urinar por um período de seis a oito horas, e pode ocorrer depois da anestesia ou da cirurgia, como resultado de edema local ou perturbação temporária da inervação da musculatura vesical”.

A sua etiologia, segundo Fernandes, Costa e Saraiva (2007: 145); Marek e Boehnlein (2010: 327) relaciona-se com o uso de drogas anticolinérgicas (opiáceos) que interferem na sensibilidade vesical e capacidade de urinar, o tipo de cirurgia (cirurgias dos membros inferiores, cirurgia perineal e pélvica), a posição semi-dorsal e a imobilidade prolongada do utente durante o intra-operatório. Acomete, principalmente, “os utentes do sexo masculino, com idade avançada, e utentes que foram submetidos a raquianestesia” (Fernandes et al., 2007: 147).

No pós-operatório, conforme fundamenta Marek e Boehnlein (2010: 326) “o enfermeiro começa por avaliar o utente, fazendo uma palpação leve na região suprapúbica, o que provoca um desconforto no utente podendo haver uma distensão vesical”. Outras intervenções do enfermeiro perioperatório para a retenção urinária, incluem “a avaliação dos sinais vitais, do balanço hídrico, da turgor da pele, mucosas e o nível de consciência do utente” (*Ibidem*).

A micção espontânea pode ser facilitada com a tomada de medidas como “fornecer líquidos ao utente, deitar água morna sobre o períneo, implementar medidas de alívio da ansiedade, estimular deambulação, se não for contraindicado, dar tempo suficiente para o utente miccionar e garantir a sua privacidade” (Marek e Boehnlein, 2010: 332-333).

Contudo, acrescenta Fernandes et al. (2007: 149); Marek e Boehnlein (2010: 326) que “se a retenção urinária se mantiver por mais de seis horas deve ser efectuada uma algália até regressar o tónus vesical”. O enfermeiro deve “garantir a permeabilidade da algália e efectuar a sua irrigação, conforme for prescrito” (Marek e Boehnlein, 2010: 333), e “registar as características da urina no saco coletor” (Xavier e Carrilho, 2014: 117).

Os drenos da ferida cirúrgica no pós-operatório

McEwen (2008: 243) defende que os drenos “controlam a equimose e oferecem saídas através das quais os líquidos, como soro, sangue, linfa, secreções e pus que podem ser evacuados do local cirúrgico, (...) para evitar o desenvolvimento de uma infecção na profundidade da ferida cirúrgica”.

Geralmente “são introduzidos no momento da cirurgia, através de uma pequena incisão separada conhecida como lancetada, próxima do local cirúrgico” (*Ibidem*). Uma desvantagem dos drenos na ferida cirúrgica relaciona-se com a “porta de entrada e saída de microorganismos infecciosos, através da lancetada, podendo desencadear uma infecção da ferida cirúrgica” (McEwen, 2008: 244).

Sobre os cuidados a terem com os drenos, McEwen (2008: 244) salienta que o enfermeiro perioperatório deve “registar claramente no registo cirúrgico, a localização e o tipo de dreno, a quantidade e características de conteúdo drenado e assegurar que este esteja funcionando adequadamente”. Da mesma forma, enfatiza o cuidado que o enfermeiro deve ter ao “esvaziar o reservatório do dreno para evitar a contaminação” (*Ibidem*).

Readaptação ao ambiente pós-operatório

Terminada a primeira fase da recuperação pós-anestésica, “o utente é transferido para a unidade de cuidados pós-anestésicos secundário onde decorre a segunda fase da recuperação” (McEwen, 2008: 1058). Nesta fase o utente terá alta, se tiver todos os critérios, e também é reforçado o ensino sobre os cuidados no domicílio após a alta.

Nesta fase, segundo McEwen (2008: 1058) as intervenções de enfermagem perioperatória incluem a:

- Avaliar os sinais vitais, com ênfase para a avaliação da dor segundo a escala numérica da dor;
- Avaliar a permeabilidade das vias aéreas;
- Avaliar o local da ferida cirúrgica;
- Avaliar as possíveis complicações relacionadas com as náuseas e os vômitos;
- Incentivar a deambulação;
- Reforçar o ensino e rever as instruções sobre os cuidados a ter após a alta no domicílio, e avaliar a percepção do utente e da pessoa significativa.

A preparação para a alta

Depois da recuperação pós-anestésica, de estar clinicamente estável e de ter cumprido todos os critérios de alta, “o utente obtém a alta e dirige-se para o domicílio onde irá recuperar totalmente da cirurgia sob o seu autocuidado e da pessoa significativa” (Rosén et al., 2010: 04)

Defendida por Lima e Pinto (2014: 131) “a preparação da alta é fundamental em cirurgia ambulatória”. Tão fundamental é a preparação da alta em cirurgia ambulatória, que McEwen (2008: 1059) argumenta que “o enfermeiro é o principal responsável pela alta do utente intervencionado em cirurgia ambulatória”.

O enfermeiro é “responsável por determinar a adequação do utente aos critérios especificados para a alta e se está preparado para ir para o domicílio” (*Ibidem*). “A alta hospitalar deve ser alvo de atenção criteriosa, porque constitui o momento em que o utente deixa de poder contar com a observação directa dos profissionais de saúde e passa a exercer o autocuidado” (Lima e Pinto, 2014: 131).

A condições de segurança, ou critérios de alta que permitam prever um pós-operatório no domicílio sem complicações para o utente, e que devem ser alvo da avaliação criteriosa por parte do enfermeiro ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória são, conforme destacadas por associações como a AESOP (2006: 347-348), a ADSNA (2009: 66) e a IAAS (2006: 246), e autores como McEwen (2008: 1062), Lima e Pinto (2014: 131-132) a:

- Estabilidade dos sinais vitais, com controlo eficaz da dor;
- Orientação temporal e espacial;

- Ausência de náuseas, vômitos e tonturas;
- Capacidade de deambulação de forma estável e sem auxílio;
- Nenhuma evidência de depressão respiratória;
- Ausência de sinais e sintomas de hemorragia no local cirúrgico;
- Acompanhamento garantido com a pessoa significativa nas próximas 24 horas;
- Capacidade de ingerir líquidos e de urinar;
- Prescrição médica de terapêutica analgésica, e
- Transporte adequado para o domicílio.

Uma vez que o utente tenha os critérios de alta, Marek e Boehnlein (2010: 311) argumentam que avaliar as necessidades do utente e da pessoa significativa e fornecer as informações relevantes são responsabilidades cruciais do enfermeiro perioperatório de forma a garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar, ou seja no seu próprio domicílio.

Salientado por Odom-Forren (2008: 268) “estes devem ser preparados para assumir quaisquer cuidados que sejam necessários após a alta, assim como devem usar todos os recursos disponíveis na comunidade para satisfazer as necessidades terapêuticas após a alta”.

A enfermagem usa o ensino do utente e a pessoa significativa como um “instrumento para proporcionar cuidados de saúde seguros e de qualidade, e o enfermeiro perioperatório deve valorizar o ensino, uma vez que este é uma parte importante da sua responsabilidade” (*Ibidem*). Afirmado por Fox (2008: 271) “o enfermeiro está eticamente e legalmente comprometido com o ensino ao utente e as pessoas que fazem parte do seu processo de saúde”.

As vantagens do ensino ao utente e a família, como são descritos por Fox (2008: 273) são:

A aceleração da recuperação, alívio da ansiedade e do medo, aumento da auto-estima ao aumentar a auto-eficácia, redução dos custos com a hospitalização, erradicação das queixas sobre os cuidados de saúde, redução da intensidade da dor percebida pelo utente e a aceleração do retorno da família ao seu funcionamento normal.

Similarmente, este ensino “objectiva a manutenção dos cuidados médicos e de enfermagem, coordenar o encaminhamento para os serviços de atendimento comunitário, ajudar a família a criar um ambiente de apoio no domicílio e estimular o autocuidado” (Fox, 2008: 379-380).

Citando Odom-Forren (2009: 268):

O enfermeiro perioperatório é responsável pela assistência ao utente na UCA e comunica com a equipa de atendimento comunitário assim que uma necessidade do utente seja identificada, para que a assistência a ele seja consistente e continue enquanto for necessário. O utente e a pessoa significativa devem ser orientados sobre os cuidados a ter em casa, tais como os cuidados com a ferida cirúrgica, e sinais de infecção local. Eles devem ter o conhecimento da medicação que o utente irá tomar em casa, inclusive analgésicos, e os métodos de alívio não-farmacológicos da dor, mormente a distração, a massagem e o relaxamento. Também uma consulta deve ser marcada com o cirurgião para a revisão da cirurgia, e estes devem ser informados da sua importância..

Os folhetos escritos que são fornecidos aos utentes e família, conforme alude Marek e Boehnlein (2010: 329), devem conter as informações sobre “a intervenção cirúrgica realizada, limitações à actividade física, cuidados com a ferida operatória, sinais e sintomas de infecção e complicações, tempo de convalescença e o regresso ao trabalho, bem como o contacto telefónico do hospital e o serviço a contactar caso necessitar”.

Segundo Xavier e Carrilho (2014: 117), caso haja necessidade de acrescentar alguma informação adicional, o enfermeiro pode fazê-lo, atendendo as possíveis dúvidas que possam aparecer de forma a colmatá-las, satisfazer as necessidades e proporcionar a segurança no ambiente familiar para a prestação dos cuidados domiciliários.

Na perspectiva da continuidade dos cuidados e a utilização dos recursos de saúde disponíveis na comunidade em detrimento dos serviços intra-hospitalares, a AESOP (2006: 348) ressalta que “é mandatório a existência de uma carta de alta de enfermagem, explicando todos os procedimentos e informando sobre os cuidados especiais, que deve ser entregue ao enfermeiro no centro de saúde da área de residência”. Linearmente, “o utente deve ser informado que deverá fazer acompanhar da descrição escrita da intervenção cirúrgica e do acto anestésico, bem como da carta de alta de enfermagem caso recorra a uma unidade de saúde” (*ibid.*: 349).

No momento da alta hospitalar os utentes costumam receber um questionário de satisfação para responder conforme a sua conveniência. “Este tem como finalidade dar o *feedback* relativamente aos serviços prestados, medindo a sua qualidade, e igualmente proporciona ao utente uma oportunidade de apresentar as suas sugestões adicionais para a melhoria dos serviços” (McEwen, 2008: 1062).

O seguimento (Follow up) pós-operatório

Citando Timmins e McCabe (2009: 36), o cuidado de enfermagem perioperatória em cirurgia ambulatoria requer o acompanhamento no período pós-operatório, através de uma chamada telefónica. Esse acompanhamento, quando adequado, reduz o potencial do uso desnecessário dos serviços de saúde após a alta (*ibid.*: 117).

Previamente, no dia da cirurgia ao fazer o ensino sobre os cuidados a ter no domicílio, “deve-se confirmar o contacto telefónico do utente, e deve ser informado que receberá uma chamada telefónica visando o controlo e a continuidade dos cuidados pós-operatórios a ele prestados” (McEwen, 2008: 1062).

Segundo a AESOP (2006: 349), McEwen (2008: 1062), a ADSNA (2009: 67), Lima e Pinto (2014: 132) o enfermeiro perioperatório deverá contactar o utente 24 horas após a alta para avaliar a evolução da recuperação e a sua condição geral, despistar precocemente possíveis complicações e esclarecer dúvidas. Para Timmins e McCabe (2009: 150) e Mata et al. (2013: 412), é também uma oportunidade de reforçar o ensino recebido pelo utente e a pessoa significativa.

Igualmente, “o utente deverá ser contactado, preferencialmente no sétimo dia após a realização da intervenção cirúrgica para validar a recuperação” (Lima e Pinto, 2014: 132) e avaliar o grau de satisfação do utente e da pessoa significativa relativamente ao percurso perioperatório e a eficiência do serviço (Lima e Pinto, 2014: 132; McEwen, 2008: 1062; ADSNA, 2009: 67).

O quadro seguinte foi elaborado de forma a apresentar uma síntese das intervenções de enfermagem no pós-operatório da cirurgia ambulatoria

14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virginia Henderson (2007)	Intervenções de enfermagem no pós-operatório da cirurgia ambulatoria
<p>1. Respirar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tensão arterial, a pulsação e a respiração; • Fazer a elevação da cabeceira da cama caso não seja contraindicada; • Monitorizar a saturação sanguínea periférica de oxigénio e proceder a oxigenoterapia caso seja necessária; • Avaliar a perfusão tissular, com especial atenção aos leitos ungueais; • Aspirar as secreções em caso de vômitos; • Aplicar gelo no local cirúrgico e administrar a terapêutica anti-inflamatória e analgésica, caso houver edema.
<p>2. Comer e beber</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a alimentação pós-operatória, iniciando sempre pelos líquidos e aumentando a consistência dos alimentos; • Elevar a cabeceira da cama em caso de náuseas e vômitos (30°), caso não seja contraindicada, acupuntura e técnicas de relaxamento e distração; • Administrar a terapêutica antiemética prescrita pelo anestesiológico.

3. Eliminar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de retenção urinária e implementar as intervenções de enfermagem na presença de retenção urinária; • Vigiar o débito urinário caso o utente for algaliado; • Auxiliar na deambulação para estimular a micção, caso não seja contraindicada. Outras técnicas de estimulação da micção consistem no alívio da ansiedade e deitar água morna sobre o períneo do utente; • Avaliar o peristaltismo e a função intestinal; • Instruir o utente sobre os cuidados na eliminação intestinal após a alta (por exemplo nas hemorroidectomias).
4. Deslocar e manter boa postura corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar correctamente o utente de forma a aliviar a dor e proporcionar o conforto de acordo com as necessidades e o tipo de cirurgia; • Avaliar a reversão do bloqueio sensitivo-motor na raquianestesia, e estimular a deambulação assim que o utente estiver totalmente recuperado do bloqueio sensitivo-motor.
5. Dormir e descansar	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar um período pós-operatório calmo e tranquilo; • Proporcionar o conforto e a segurança no período pós-operatório; • Avaliar o nível de consciência do utente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre as técnicas de relaxamento no domicílio objectivando a qualidade do sono.
6. Vestir-se e despir-se	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o utente confortável com a roupa de uso na UCA; • Utilizar a roupa adequada às necessidades e o tipo de cirurgia após a alta.
7. Manter a temperatura corporal normal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a temperatura no período pós-operatório; • Manter o utente normotérmico, se possível com recurso a um aquecedor eléctrico.
8. Manter o corpo limpo e proteger os tegumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirar as secreções e manter a higiene do utente em caso de vómitos; • Avaliar perfusão sanguínea dos leitos ungueais; • Vigiar o local cirúrgico para despistar e prevenir a infecção; • Vigiar os drenos para evitar o extravasamento do conteúdo e manter a sua integridade.
9. Evitar perigos	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o utente na cama com elevação das grades laterais para prevenir o risco de queda; • Despistar sinais de hemorragia no penso cirúrgico e nos drenos; • Administrar terapêutica analgésica a anti-inflamatória prescrita; • Assegurar a segurança do utente.

10. Comunicar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado psicológico e as necessidades espirituais do utente; • Comunicar de forma assertiva para aliviar a ansiedade e o estresse no período pós-operatório tanto com o utente como também com a pessoa significativa.
11. Praticar a religião	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as crenças e a religião do utente e da pessoa significativa. • Proporcionar o apoio espiritual e emocional ao utente e a pessoa significativa.
12. Realizar-se e sentir útil	<ul style="list-style-type: none"> • Atender às necessidades do utente e da pessoa significativa, dando resposta a estas de forma a assegurar a satisfação com os cuidados; • Respeitar a privacidade do utente; • Prestar os cuidados de forma individualizada e personalizada, e com a dignidade humana; • Realizar o ensino ao utente e a pessoa significativa de forma a incentivar o autocuidado através da auto-eficácia; • Proporcionar um ambiente familiar seguro para a realização dos cuidados pós-operatórios após a alta.
13. Divertir / Recreação	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o ensino sobre as limitações físicas devido a ferida cirúrgica e a retoma gradual da actividade física.

14. Aprender	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o ensino sobre os cuidados após a alta no domicílio de acordo com as necessidades e o tipo de cirurgia, • Instruir sobre a utilização dos recursos comunitários; • Avaliar a percepção do utente e da pessoa significativa quanto aos cuidados após a alta e a utilização racional dos recursos comunitários.
--------------	--

Observação: Elaboração própria do discente.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reflexões Finais

Ao longo da elaboração deste trabalho monográfico, consciencializa-se da enorme importância que o desenvolvimento e a expansão da cirurgia ambulatória tem vindo a ter, mormente as vantagens que ela traz tanto para os utentes como também para as próprias instituições hospitalares e sistemas de saúde.

Tendo em conta o papel essencial da enfermagem perioperatória no contexto das cirurgias ambulatoriais, surgiu a necessidade de elaborar este trabalho com o objectivo de identificar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório na abordagem ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória, pelo que o objectivo foi alcançado, embora com alguma dificuldade em encontrar fontes bibliográficas para suportar o desenvolvimento do tema.

Outro factor que dificultou na elaboração deste trabalho foi o facto de ser um trabalho individual, e não colectivo, exigindo um maior esforço psicológico e mental o que causou um certo desgasto, e a falta de discussão e intercâmbio de ideias na sua concepção.

Embora a prática da cirurgia ambulatória não seja recente, somente nas últimas décadas é que se tem impulsionado o seu auge de desenvolvimento, sendo considerada hoje um modelo revolucionário dos cuidados anestésico-cirúrgicos em que a enfermagem perioperatória assume um papel extremamente essencial.

Através da revisão da literatura constata-se que a cirurgia ambulatória é uma intervenção cirúrgica realizada em ambiente hospitalar com total confiança e segurança e cuja alta do utente intervencionado ocorre horas após a cirurgia, sem necessidade de pernoita hospitalar.

O trabalho multidisciplinar levado a cabo pela equipa de enfermagem perioperatória desenvolvida nas unidades de cirurgia ambulatória possui como foco central o utente intervencionado em cirurgia ambulatória, em que as intervenções são executadas de forma personalizada e individualizada tendo sempre em conta as necessidades do utente e da pessoa significativa.

A pessoa significativa é uma pessoa adulta responsável pelo utente e pelo auxílio nos cuidados após a alta no domicílio, pelo que deve ser inserido no processo de saúde do utente intervencionado em cirurgia ambulatória. Para alguns autores a pessoa significativa para o utente é visto mesmo como o principal prestador dos cuidados no domicílio o faz

com que o enfermeiro que trabalha na unidade de cirurgia ambulatória o considere como um membro activo desse processo de saúde/ doença.

A ética inerente as intervenções de enfermagem perioperatória ao utente intervencionado em cirurgia ambulatória é inevitável e inquestionável, uma vez que o enfermeiro perioperatório deve ter em conta os princípios éticos e legais que regem a profissão de enfermagem e que são descritas no Código Deontológico da Enfermagem.

A cirurgia ambulatória surge como um modelo de prestação de cuidados anestésico-cirúrgicos que possibilita a recuperação do utente no seu ambiente social e familiar, sem que haja a interrupção dos hábitos e das rotinas sociais e familiares do utente. Esse modelo que possibilita a recuperação pós-operatória do utente no domicílio, cuidada por familiares precede a história dos hospitais e é a área de cuidados anestésico-cirúrgicos que mais rapidamente cresce, sendo actualmente mais desenvolvido e muito utilizado nos países desenvolvidos.

Os critérios de selecção e admissão estabelecidos para adequar o utente com as necessidades da intervenção cirúrgica ambulatória tem vindo a garantir o sucesso da cirurgia ambulatória e a segurança do próprio utente.

Um outro aspecto importante para sucesso da cirurgia ambulatória diz respeito a consulta de enfermagem, sendo considerado um requisito essencial para o ensino e a preparação do utente para a sua experiência cirúrgica. Este ensino objectiva a capacitação tanto do utente como também da pessoa significativa para a participação no autocuidado e execução dos cuidados após a alta no ambiente familiar.

Assim também a continuidade dos cuidados após a alta através do seguimento (*Follow up*) pós-operatório é uma importante intervenção da enfermagem perioperatória e indicador da satisfação do utente e da pessoa significativa com o serviço a eles prestado na UCA.

Sendo a enfermagem uma ciência da saúde em constante mudança, é exigida a capacidade de adaptação da prática e actualização por parte dos enfermeiros, adaptando-se as novas tendências e modelos de prestação dos cuidados de saúde de forma a garantir a qualidade das intervenções e a afirmação da enfermagem como profissão.

A realização do Ensino Clínico do Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica (EC-PPEC) na Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Curry Cabral, em Lisboa, foi de extrema importância para a compreensão e percepção dos conceitos inerentes a

enfermagem perioperatória no contexto da cirurgia ambulatória, bem como para a elaboração e concepção deste trabalho.

Ainda no contexto EC-PECC, o facto da minha orientadora clínica ser autora de alguns importantes capítulos sobre a cirurgia ambulatória em livros publicados em Portugal foi uma mais-valia para a o meu processo de aprendizagem e por conseguinte a elaboração do trabalho monográfico.

A participação no XVI Congresso da Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas (AESOP), também foi importante para adquirir e aprofundar os conhecimentos acerca do papel e actuação do enfermeiro perante o utente cirúrgico, seja ambulatorial ou convencional. A diversidade de painéis com temas aliciantes, mormente a segurança do utente cirúrgico, combate a infecção da ferida cirúrgica, eficiência no centro cirúrgico, desafio da cirurgia segura da OMS e prática baseada na evidência foram alguns assuntos abordados neste congresso.

Propostas de actuação

Como referido na introdução, um aspecto pertinente para a elaboração deste trabalho foi a sugestão da Enfermeira Chefe do centro cirúrgico I do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS), em São Vicente, pelos motivos citados. Neste contorno sugiro a organização e realização de secções de formação acerca da cirurgia ambulatória aos enfermeiros que trabalham no centro cirúrgico desse hospital, visando a qualidade dos cuidados ou intervenções aos utentes que são intervencionados cirurgicamente em regime de ambulatório nesse centro cirúrgico.

Apesar da crise mundial afectar o sector da saúde, fazendo com que haja uma redução nos orçamentos hospitalares, “o estudo de viabilidade económica pode ser uma mais-valia que se pode obter para a operação de construção / remodelação uma UCA, partindo de um conjunto de pressupostos, do ponto de vista dos proveitos, dos custos e do financiamento” (CNDCA, 2008: 134). Neste sentido, seria uma proposta para os directores e todo o pessoal administrativo do HBS a se reunirem e debaterem sobre a possibilidade da construção de uma UCA, ou remodelação de uma estrutura física anexa no hospital (por exemplo o banco de tratamento, pelo facto de realizarem pequenas cirurgias nesta unidade) para obter uma UCA. Sem se esquecer que a cirurgia ambulatória apresenta importantes vantagens para os hospitais, nomeadamente a redução dos custos hospitalares para a maioria das intervenções cirúrgicas.

Ainda no contexto hospitalar, além do enfermeiro chefe, seria um grande ganho a nomeação de enfermeiros chefes de equipa no centro cirúrgico e com capacidade de liderar e incentivar a mudança da prática dos enfermeiros, adoptando uma metodologia de trabalho centrada no utente cirúrgico, através da individualização e personalização dos cuidados objectivando a sua segurança e satisfação com os cuidados prestados. Essa mudança pode ser vista como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal, profissional do enfermeiro e consequentemente da equipa de enfermagem no centro cirúrgico.

Para “aumentar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo através da definição de normas de segurança que podem ser aplicadas em todos os países” (OMS, 2009: 05), a OMS em 2008 lançou o desafio da “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Consiste numa lista (*check list*) de verificação da segurança cirúrgica para ser adoptada e utilizada em todos os centros cirúrgicos do mundo. Como proposta de actuação fica a sua implementação no centro cirúrgico do HBS, mediante uma fase prévia de experimentação e de teste. Esta lista está em anexo no trabalho (Anexo 1).

Tendo em conta a realização de intervenções cirúrgicas ambulatoriais no centro cirúrgico I e II do HBS, tornar-se-ia indispensável a implementação da consulta de enfermagem no pré-operatório para a preparação do utente para a cirurgia, e no pós-operatório para rever o utente e avaliar o seu estado físico, psicológico e emocional após a realização da intervenção cirúrgica.

Numa vertente académica, seria um importante passo estimular e proporcionar aos estudantes de enfermagem a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem perioperatória. Para isto poderia enquadrar no plano de estudos da unidade curricular de Enfermagem médico-cirúrgica, consequentemente enriquecendo esta unidade curricular em termos de conteúdo e objectos de estudo.

Referências Bibliográficas

- AGUILAR-NASCIMENTO, José; PERRONE, Francine; PRADO, Leicia (2009). “Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência?” , *Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, vol. 36, nº 04, 350, 351, 352 (350-352). [Online], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a14v36n4.pdf>, SCIELO Brasil, acessado em 19/06/2014.
- ANDRADE, Luiz; MELO, Márcio; GOMEZ, Renato (1999). “Anestesia para cirurgia ambulatorial” . in Franklin Fonseca; Paulo Rocha (coords.). *Cirurgia ambulatorial*. 3ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 14, 15, 23, 40, 41, 45 (14-49).
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. S/ edição, Loures, Lusodidacta.
- Australian Day Surgery Nurses Association (ADSNA, 2009). *Best practice guidelines for ambulatory surgery and procedures*. 1ª Edição, Austrália, Cambridge Media.
- BENNER, Patricia (2001). “A função de ajuda” . in Patricia Benner (coord.). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. S/ Edição, Coimbra, Quarteto, 90 (73-99).
- BENTO, António. (2012). “Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas” *JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, vol. 02, nº 65, 42, 43 (42-44). ISSN: 1647-8975.
- BRANCO, Castelo (2010). *Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico*. [Online], disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w44_8-cAW8MJ:ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15553/5228/aula_enf_pre_op_e_a_nestesia.doc+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt, acessado em 21/06/2014.
- BRÊTAS, José; LIMA, Renata; YAMAGUTI, Lie (2006). “O corpo que cuidamos”. in Tamara Cianciarullo (coord.). *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo, Manole, 11, 12 (11-25).
- BRYKCZYNSKA, Gosia (2003). “Aspectos éticos em enfermagem cirúrgica” . in Kim Manley; Loretta Bellman (coords.). *Enfermagem cirúrgica: prática avançada*. Loures, Lusociência, 71, 76, 94 (71- 97).

- BURDEN, Nancy (2000). “The specialty of ambulatory surgery” . in Nancy Burden; Donna Quinn; Denise O'brien; Brenda Dawes (coords.). *Ambulatory surgery nursing*. 2ª Edição, Philadelphia, W.B. Saunders, 04 (03-22).
- Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH, 2006). *Prevenção da infecção cirúrgica*. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. Norma nº 04. [Online], disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Prevencao_Infeccao_Cirurgica.pdf, acedido em 19/06/2014.
- Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA, 2008). *Relatório final – cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde de Portugal (2013). *Consentimento informado, esclarecido e livre para actos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Normativa nº 015.
- DLUGOSE, Deborah (2000). “General anesthesia”. in Nancy Burden; Donna Quinn; Denise O'brien; Brenda Dawes (coords.). *Ambulatory surgery nursing*. 2ª Edição. Philadelphia, W.B. Saunders, 254, 255 (254-282).
- DUCE, Martin (2002). “Tendências futuras em cirurgia ambulatória” . in José Luis Porrero (editor). *Cirurgía mayor ambulatoria: manual práctico*. 2ª Edição. Barcelona, Masson, 431, 432 (431-436).
- FERNANDES, Maria; COSTA, Verônica; SARAIVA, Renato (2007). “Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opióides” , *Revista Latino-americana Enfermagem*, vol. 15, nº 02, 145, 146, 147, 149 (145-149). [Online], disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a19.pdf, SCIELO Brasil, acedido em 17/06/2014.
- FERRITO, Cândida (2014). “Conceitos básicos da enfermagem perioperatória” . in Ana Duarte; Olga Martins (coords.). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel, Lisboa, 03 (03-09).
- FIGUEIREDO, Maria H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Lusociência.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

- FORTIN, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- FOX, Vicky (2008). “Educação do paciente e planeamento da alta” . in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 271, 273, 279, 280, 286 (271-296).
- FRUTUOSO, Cristina (2010). *Cuidados pré-operatórios e pós-operatórios*. Portugal, Permanyer. [Online], disponível em http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_53.pdf, acedido em 20/06/2014.
- GEBRIM, Cyanéia; MELCHIOR, Lorena; AMARAL, Neyuska; BARRETO, Regiane; PALOS, Marinésia (2014). “Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente”, *Enfermería Global*, S/v, nº 34, 266, 271 (264-275). [Online], disponível em <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.178371/160591>, acedido em 17/06/2014.
- HENDERSON, Virginia (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures, Lusodidacta.
- International Association for Ambulatory Surgery (IAAS, 2006). *Day surgery: development and practice*. 1ª Edição internacional. Porto, Clássica Artes Gráficas.
- LEAL, Maria Teresa (2006). “Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem?” , *Pensar Enfermagem*, vol. 10, nº 1, 67, 68, 73 (67-74).
- LEMOS, Paulo (1999). “ Cirurgia Ambulatória: a aposta do fim do século ” , *Enfermagem*, S/vol. nº 13, 2ª série, 06, 09 (05-10).
- LEMOS, Paulo; MONTEIRO, Marlene; FONSECA, Luis; REGALADO, Ana (2008). “Poderemos encontrar factores preditivos de vômitos no pós-operatório de cirurgia em regime do ambulatório?” , *Acta Médica Portuguesa*, vol. 21, nº 4, 336, 338 (335-340). [Online], disponível em <http://hdl.handle.net/10400.16/1027>, RCAAP, acedido em 11/06/2014.
- LIPORACI, Jorge (2006). *Recomendações pós-operatórias aos pacientes*. [Online], disponível em http://www.jorgeliporaci-bucomaxilo.com.br/media/uploads/clinica/recomendacoes_pos_operatorias.pdf , acedido em 20/06/2014.

- LIMA, Nilza; PINTO, Silva (2014). “Cirurgia Ambulatória” . in Ana Duarte; Olga Martins (coords.). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel, Lisboa, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132 (123-133).
- LUDWIG, Raquel; PALUDO, Juliana; FERNANDES, Daieni; SCHERER, Fernanda (2013). “Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros?” , *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, vol. 26, nº 01, 55, 56, 57, 58 (54-58). [Online], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n1/12.pdf>, SCIELO Brasil, acedido em 19/06/2014.
- MALSTER, Michèle; PARRY, Angela (2003). “Cirurgia ambulatória”. in Kim Manley; Loretta Bellman (coords.). *Enfermagem cirúrgica: prática avançada*. Loures, Lusociência, 297(297-321).
- MAREK, Jane; BOEHNLEIN, Mary (2010). “A enfermagem perioperatória: pré, intra e pós-operatória” . in Frances Monahan; Judith Sands; Marianne Neighbors; Jane Marek; Carol Grenn (coords.). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª Edição. Loures, Lusodidacta, 246, 248, 250, 269, 275, 311, 314, 315, 317, 318, 326, 327, 329, 330, 332, 333, 334, 336, 338 (245-341).
- MARQUES, Ana R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios em cirurgia ambulatória: percepção dos doentes*. Dissertação de mestrado em Enfermagem médico-cirúrgico pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [Online], disponível em esenfc.pt/?url=XfCfhn, RCAAP, acedido em 10/01/2014.
- MATA, Luciana; FERREIRA, Taciana; CARVALHO, Emília (2013). “Intervenções de enfermagem no perioperatório e no preparo para alta hospitalar do paciente prostatectomizado”, *Ivestigação e Educação em Enfermagem*, vol. 31, nº 3, 411, 412 (406-413). [Online], disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=28a1f5cc-f881-4b08-920f-0ea5e3d15fb6%40sessionmgr113&hid=120>, EBSCO, acedido em 14/06/2014.
- McEWEN, Donna R. (2008). “Cicatrização de feridas, curativos e drenos” . in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 228, 232, 236, 243, 244 (228-245).

- McEWEN, Donna R. (2008). “Cirurgia ambulatorial” . in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1053, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1065, 1062 (1047-1065).
- ODOM, Jan (2000). “Conscious sedation/analgesia”. in Nancy Burden; Donna Quinn; Denise O'brien; Brenda Dawes (coords.). *Ambulatory surgery nursing*. 2ª Edição. Philadelphia, W.B. Saunders, 309 (309-330).
- ODOM-FORREN, Jan (2008). “Cuidados ao paciente no pós-operatório e controle da dor”. in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 252, 268 (246-270).
- Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2007). *Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. [Online], disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>, acedido em 17/04/2014.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009). *Orientações da OMS para a cirurgia segura*. ISBN 978 92 4 159855 2. [Online], disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na.../csegura-oms-pdf.aspx>, acedido em 14/04/2014.
- PARENTE, Paulo; QUEIRÓS, Paulo; FILIPE, Firmino; GOMES, Clara (1998). *Ética nos cuidados de saúde*. 1ª Edição, Coimbra, Formasau.
- PEREIRA, Maria do Carmo (2010). *Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico*. Dissertação de mestrado em medicina pela Universidade da Beira Interior. [Online], disponível em <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/913/mestradomariadocarmo.pdf>, acedido em 15/04/2014.
- PITREZ, Fernando A; PIONER, Sérgio R. (1999). “O paciente cirúrgico e sua abordagem”. in Fernando Pirtez e Sérgio Pioner (coords.). *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre, Artmed, 17, 18, 19, 20, 21 (17-22).
- POMPEO, Daniele; NICOLUSSI, Adriana; GALVÃO, Cristina; SAWADA, Namie (2007). “Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato” , *Enfermagem*, vol. 20, nº 2, 192 (191-198). [Online], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a13v20n2.pdf>, SCIELO Brasil, acedido em 14/06/2014.

- POPOV, Débora; PENICHE, Aparecida (2008). “As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica” , *Escola Enfermagem*, vol. 43, nº 4, 954 (953-961). [Online], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf>, SCIELO, acessado em 14/06/2014.
- PRODANOV, Cleber; FREITAS, Ernani (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª Edição, Rio Grande do Sul, Feevale. [Online], <http://docente.ifrn.edu.br/valcinetemacedo/disciplinas/metodologia-do-trabalho-cientifico/e-book-mtc> , acessado em 13/01/2014.
- RAZERA, Ana; BRAGA, Eliana (2010). *A importância a comunicação durante o período de recuperação pós-anestésica: percepção do cliente quanto ao cuidado de enfermagem no período pós-operatório*. Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. [Online], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a12.pdf>, SCIELO Brasil, acessado em 14/06/2014.
- RHODES, Lenore; MILES, Gail; PEARSON, Alan (2006). “Patientsubjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review”, *International Journal of Nursing Practice*, S/v, nº 12, 185 (178-192). [Online], disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16834578>, acessado em 19/06/2014.
- ROMERO, Gutiérrez; MOLINA, Bustos; MORENO, García (2002). “Criterios de selección de pacientes y procedimientos” . in José Luis Porrero (editor). *Cirurgía mayor ambulatorial: manual práctico*. 2ª Edição. Barcelona, Masson, 41, 42 (41-48).
- ROSÉN, Helena; BERGH, Ingrid; LUNDMAN, Berit; MARTENSSON, Lena (2010). ““Patients’ experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery”, *BMC Nursing*, vol. 09, nº 16, 04 (01-08). [Online], disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/9/16>, acessado em 19/06/2014.
- ROTHROCK, Jane C. (2008). “Conceitos básicos de enfermagem perioperatória” . in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 11, 15 (01-14).
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (2001). *Ética em cuidados de saúde*. S/edição, Porto, Porto editora.

- STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002).*Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição, Loures, Lusociência.
- TIMMINS, Fiona; McCABE, Catherine (2009). *Day surgery: contemporary approaches to nursing care*.1ª Edição, United Kingdom, Miley-Blackwell.
- XAVIER, Fabíola; CARRILHO, Sara (2014). “Cuidados pós-operatórios”.in Ana Duarte; Olga Martins (coords.). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel, Lisboa, 116, 117, 118, 119 (115-122).

Anexo

Anexo 1

A lista (*checklist*) que se segue, enquadra-se no desafio “**Cirurgia Segura Salva Vidas**” da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que “o objectivo desse desafio é melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo, através da definição de um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países e em todos os contextos” (OMS, 2009: 06).

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS

Antes da Indução Anestésica

- ☐ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do Paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento Informado realizado
- ☐ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☐ Checagem do equipamento anestésico OK
- ☐ Oxímetro de Pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim _____
- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.

Antes de Iniciar a Cirurgia

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do Paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:
 - ☐ Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
 - ☐ Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?
 - ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?
- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não se aplica

Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica

- A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
- ☐ Nome do procedimento realizado
 - ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
 - ☐ Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente
 - ☐ Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido
 - ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente